



-Tyypin 1 diabeetikkoäitien kokemuksia imetyksestä

● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

Welling Miia-Maria

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Porvoo

DIABETES JA IMETYS

- tyypin 1 diabeetikkoäitien kokemuksia imetyksestä

Sofie Klawer-Kallio
Miia-Maria Welling
STP05SN
Terveystenhoitotyö
Opinnäytetyö

Sofie Klawer-Kallio ja Miia-Maria Welling

Diabetes ja imetys - tyypin 1 diabeetikkoäitien kokemuksia imetyksestä

Vuosi 2009 Sivumäärä 56

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten tyypin 1 diabeetikkoäidit kokevat, tai ovat kokeneet imetyksen, ja miten imetys on vaikuttanut diabeteksen hoitotasapainoon. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa tyypin 1 diabeetikkoäitien kokemuksista, diabeetikkoäitien parissa työskentelevien hoitotyön ammattilaisten työkaluksi, sekä vertaistueksi tuleville imettäville tyypin 1 diabeetikkoäideille.

Opinnäytetyön empiirisen osan tutkimusaineisto on koottu diabeetikoiden keskustelupalstalta. Diabeetikkoäidit kertoivat keskustelupalstalla kokemuksistaan avointen kertomusten muodossa. Näiden omakohtaisten kertomusten avulla pyrimme saamaan vastauksia tutkimuskysymyksiimme, jotka on laadittu, sekä käytännön tarpeiden, että teoreettisen tiedon pohjalta. Kertynyt tutkimusaineisto on käsitelty fenomenologisesta viitekehyksestä ja analysoitu sisällönanalyysimenetelmää käyttäen. Aineisto koostui 15 kertomuksesta.

Tulosten mukaan tyypin 1 diabeetikkoäitien kokemukset ovat pääosin positiivisia. Positiiviset kokemukset pohjautuvat suhteellisen nopeaan onnistuneeseen alkaneeseen imetykseen, imetyksen helpouteen, onnistumisen kokemuksiin äitinä, ja ylpeyden ja korvaamattomuuden kokemuksiin. Negatiivisia kokemuksia aiheuttivat ristiriitaiset neuvot, tuen puuttuminen, neuvojen ja imetysohjauksen puute, synnytyssairaalassa annettu lisämaito, verensokerien voimakas vaihtelu, hoitohenkilöstön tietämättömyys, sekä muiden, ulkopuolisten ihmisten kommentit.

Kaikkien vastaajien kohdalla oli imetyksen jossain vaiheessa ilmennyt ongelmia. Ongelmat olivat yhteydessä lapsen, tai vanhemman sairastumiseen, äidin diabetekseen, eroon lapsesta ensimmäisinä synnytyksen jälkeisinä päivinä, lapsen jäämiseen sairaalaan äidin kotiuduttua, tuen ja imetysohjauksen puutteeseen, lisämaiton antoon, sekä maidonnousuun viivästymiseen. Ongelmista ja huonoista kokemuksista huolimatta vastaajat, tyypin 1 diabeetikkoäidit, olivat jaksaneet imettää suhteellisen pitkään ja kokeneet imetyksen positiivisena.

Tämän tutkimuksen perusteella imetyksen vaikutus diabeteksen hoitotasapainoon on kiistan. Heti synnytyksen jälkeen vastaajat olivat kokeneet hormonitoiminnan muutoksesta johtuvaa sokeritasapainon heittelyä, ja myöhemmin imetyksestä ja maidonerityksestä johtuvaa muutosta hoitotasapainossa. Suurimpana ongelmana vastaajat kokivat verensokerien nopean laskun, joka johti jopa hypoglykemiaan. Vastaajista suurin osa joutui vähentämään insuliiniannoksiaan huomattavasti imetyksen ajaksi, ja silti hypoglykemat olivat imetyksen aikana olleet yleisiä.

Avainsanat: Tyypin 1 diabetes, hoitotasapaino, imetys, kokemukset

Sofie Klawer-Kallio ja Miia-Maria Welling

Diabetes and breastfeeding - type 1 diabetic mothers experiences of breastfeeding

Year 2009

Pages 56

The purpose of this thesis is to examine how mothers who have type 1 diabetes experience breastfeeding, and how breastfeeding affects the balance of diabetes. This information is intended to be used as a tool for nursing professionals treating diabetic mothers, and it can also be utilized as a peer support tool with type 1 diabetic and breastfeeding mothers.

The empirical material was gathered from a diabetics' discussion site on the internet, where diabetic mothers shared their experiences in the form of open discussion. We attempted to find answers to our research questions by exploring the diabetic mothers' stories about their own experiences. The research questions were defined based on practical needs, and scholarly studies and literature. The research material has been analyzed from a phenomenological view by using a deductive method. The material consists of 15 personal stories.

According to the results, type 1 diabetic mothers' experiences were mainly positive. They were based on several factors, such as: a relatively fast and successful start of breastfeeding; easiness of breastfeeding; feeling of being a successful mother; sense of pride and importance. Negative experiences were caused by contradictory advice, and lack of guidance and supervision. Furthermore, negative experiences were caused by having to use milk-substitution at the hospital, sharp changes in blood glucose levels, lack of breastfeeding knowledge among the nursing staff, and negative comments from other people.

All of the examinees had some problems during breastfeeding which were connected to several situations: mother's or child's illness; mother's diabetes; separation of mother and child during the first days after the birth; the situation where the child stayed in the hospital, while the mother went home; insufficient supervision and support by the nursing staff; delay of lactation. Despite the negative experiences and problems, the type 1 diabetic mothers had breastfed relatively long and experienced lactation as a positive experience overall.

According to this study the effect of breastfeeding on the balance of diabetes is undisputed. The examinees experienced problems of maintaining their blood glucose levels in balance caused by hormones right after giving birth. Later problems occurred as changes in the blood glucose balance. These problems were caused by breastfeeding and milk excretion. Fast falling of blood glucose level causing hypoglycaemia was experienced as the most significant problem. Most of the examinees had to reduce their insulin dose considerably during lactation, but hypoglycaemia was nevertheless common among these mothers.

Key words: Type 1 diabetes, balance of diabetes, breastfeeding, breastfeeding experiences

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	DIABETES	6
2.1	Tyypin 1 diabetes	7
2.2	Tyypin 1 diabeteksen hoito	8
2.2.1	Omaseuranta	8
2.2.2	Insuliinihoito.....	10
2.2.3	Diabeetikon ruokavalio ja elintavat	10
2.2.4	Mahdolliset liitännäissairaudet.....	11
2.2.5	Diabeteksen seuranta.....	12
3	DIABETES JA LASTEN HANKINTA.....	12
3.1	Diabetes ja raskaus	13
3.2	Diabeetikon synnytys ja lapsivuodeaika	15
4	IMETYS	17
4.1	Imetys suositukset ja niiden toteutuminen	18
4.2	Imetyksen ja maidontuotannon fysiologia	20
4.3	Lapsen imettäminen.....	21
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	23
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	24
6.1	Opinnäytetyön tutkimusmenetelmän valinta.....	25
6.2	Opinnäytetyön aineistonkeruu ja kohderyhmä	26
6.3	Aineiston analysointi	29
7	TUTKIMUSTULOKSET	30
7.1	Diabeetikkoäitien kokemuksia imetyksestä	31
7.2	Imetyksen vaikutus hoitotasapainoon.....	35
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	37
8.1	Tutkimustulosten tarkastelu	37
8.2	Opinnäytetyön eettiset kysymykset	43
8.3	Opinnäytetyön luotettavuus	45
8.4	Kehittämiskohteet käytännön työhön ja ehdotukset jatkotutkimuksille.....	49
	LÄHTEET	51
	LIITTEET	55

1 JOHDANTO

Diabetes on joukko erilaisia sairauksia, joille on yhteistä kohonnut veren sokeripitoisuus. Tyypin 1 diabetes on hitaasti etenevä autoimmuunisairaus, jonka seurauksena haiman insuliinia tuottavat beetasolut tuhoutuvat. Diabeteksen hoito pitää sisällään lääkityksestä ja ateriarytmistä huolehtimista, ruuan annostelua, terveyttä edistävien elämäntapojen ylläpitämistä, päivittäisiä hoitoratkaisuja, sekä omaseurantaa verensokereiden ja verenpaineiden suhteen.

Imeväisikäisen parasta ravintoa on äidinmaito. Jo aivan raskauden alkupuolella rinnat alkavat valmistautua kohti tulevaa. Lapsen syntymän jälkeen maidon määrä alkaa lisääntyä. Rintamaito sisältää kaikkia lapsen tarvitsemia vitamiineja, turvaa vauvan kasvua ja kehitystä, edesauttaa ravinnon imeytymistä ja vahvistaa vastustuskykyä. Rintamaidon hyötynä voidaan myös pitää sitä, ettei se pilaannu. Äidinmaidon koostumus muuttuu vauvan kasvaessa, jotta se vastaisi kasvavan vauvan tarpeita. Vauvat osaavat jo vastasyntyneestä lähtien säännöstellä, kuinka paljon he maitoa haluavat ja tarvitsevat.

Opinnäytetyömme lähtökohtana oli kiinnostus kyseistä aihealuetta kohtaan, sekä halu tuottaa tietoa käytännöstä nousseeseen tarpeeseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut myös kehittää omaa ammatillista osaamistamme sillä osa-alueella, joka on opinnäytetyön tekijöiden erityisen mielenkiinnon kohteena. Tulevina terveydenhoitotyön ammattilaisina opinnäytetyömme aihealueet, diabetes ja imetys, ovat ja tulevat olemaan konkreettisenä osana jokapäiväistä työtämme. Opinnäytetyössä käsittelemme aiemmin vähän tutkittua aihealuetta: tarkoituksena on kuvailla miten tyypin 1 diabeetikkoäidit ovat kokeneet imetyksen, ja sen vaikutukset diabeteksen hoitotasapainoon. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voivat hyödyntää diabeetikko äitien parissa työskentelevät hoitotyön ammattilaiset. Samalla tutkimuksen on tarkoitus tuottaa tietoa, jota diabeetikkoäidit voivat käyttää vertaistukenaan.

Tämä työ toimii opinnäytetyömme raporttina. Tutkimusraportin tavoitteena on, että lukija saa raportin perusteella käsityksen siitä miten tieto on hankittu ja miten luotettavasta tiedosta on kysymys (Metsämuuronen 2003, 206). Opinnäytetyömme on jaettu teoreettiseen ja empiiriseen osioon. Teoreettinen osio pohjautuu diabetesta ja imetystä käsittelevään tutkimuskirjallisuuteen, sekä tieteellisiin artikkeleihin. Empiirisen osion aineiston olemme hankineet keräämällä diabeetikkoäitien omia, avoimia kertomuksia imetyskokemuksista. Kerätty aineisto on analysoitu perinteisellä sisällönanalysilla ja fenomenologista lähestymistapaa käyttäen.

2 DIABETES

Diabetes on joukko erilaisia sairauksia, joille on yhteistä kohonnut veren sokeripitoisuus. Diabetes on energiaa tuottavan ja elämälle välttämättömän sokeriaineenvaihdunnan häiriö. Tämä sokeriaineenvaihdunnan häiriö aiheutuu, joko haiman insuliinia tuottavien solujen vaurioitumisesta ja siitä aiheutuvasta insuliinin puutoksesta, tai insuliinin vaikutuksen heikentymisestä eli insuliiniresistenssistä ja samanaikaisesti usein riittämättömästä insuliininerityksestä. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 7-11.)

Aikaisemmin diabetes jaettiin hoitomuodon mukaan insuliinihoitoiseen-, tablettihoitoiseen ja ruokavaliohoitoiseen diabetekseen, tai toisinaan sairastumisiän perusteella nuoruusiän ja aikuis-/vanhuusiäندیabetekseen. Tämä jako pidetään kuitenkin nykyään vanhanaikaisena ja siitä pyritään eroon. Nykyisin puhutaan edelleen kahdesta päätyypistä: 1 tyypin ja 2 tyypin diabeteksestä. Toisinaan voidaan myös puhua neljästä eri päätyypistä, jolloin yllämainittujen lisäksi lisätään vielä muut specifiset tyypit (LADA ja MODY) ja raskaudenaikainen diabetes. Tämän jaon ja siihen liittyvät kriteerit Maailman terveysjärjestö (WHO) julkaisi vuonna 1999. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 7-20.)

Tyypin 1 diabetes on aina insuliinihoitoinen. Hoidon tärkein tavoite on korvata puuttuva insuliinieritys, mikä useimmiten tapahtuu monipistoshoidolla. Tyypin 2 diabetes on vuorostaan useimmiten osa metaboolista oireyhtymää (80 % tyypin 2 diabeetikoista). Tällöin kyseessä on laajempi aineenvaihdunnallinen sairaus. Tyypin 2 diabetes ei läheskään aina ole insuliinihoitoinen. Sitä voidaan monissa tapauksissa hoitaa tabletteilla ja ruokavalio- sekä elintapamuutoksilla. (Vauhkonen & Holmström 2005, 322-328.)

Tutkimuksissa on todettu, että oireettomien ja tietämättään diabetesta sairastavien määrä on lähes puolet jo tunnetuista diabeetikoiden määrästä. Diabeetikoiden kokonaismäärän voidaan siis arvioida olevan Suomessa jo jopa 300 000. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 11-12.) Tuoreemman tutkimuksen mukaan Suomessa olisi jo noin 300 000 diagnosoitua hoidossa olevaa diabeetikkoa, joista noin 40 000 tyypin 1 ja noin 250 000 tyypin 2 diabeetikkoa. Lisäksi noin 200 000 suomalaista sairastaisi tietämättään tyypin 2 diabetesta. (Reunanen 2006.) Diabeetikoiden määrä perustuu kuitenkin vain arvioihin. Diabeteksen ehkäisy- ja kehittämisohjelma 2000-2010 onkin asettanut tärkeäksi tavoitteekseen diabetesrekisterin perustamisen (Diabetesliitto 2000, 10-12).

2.1 Tyypin 1 diabetes

Tyypin 1 diabetes on hitaasti etenevä autoimmuunisairaus, jonka seurauksena haiman insuliinia tuottavat beetasolut tuhoutuvat. Näin ollen beetasolut tuhoutuvat sisäsyntyisen tulehduksen eli autoimmuunitulehduksen seurauksena, mikä vähitellen aiheuttaa täydelliseen insuliinipuutokseen. Se, mikä beetasolujen tuhoutumisen käynnistää, on epäselvää ja sitä pyritään tälläkin hetkellä selvittämään esim. DIPP-tutkimuksessa. Tyypin 1 diabeteksen puhkeaminen edellyttää kuitenkin myös perinnöllistä alttiutta, sekä ulkoisia tekijöitä, jotka käynnistävät ja ylläpitävät autoimmuuniprosessia ja tällä tavalla beetasolutuhoa. Perimä selittää kuitenkin vain 30-50 % tyypin 1 diabetekseen johtavista syistä. Voidaankin katsoa, että valtaosa eli 50-70 % selittyy ympäristötekijöillä, jotka toimivat myös laukaisevina tekijöinä. Lähes kaikilta tyypin 1 diabeetikoilta voidaan mitata verestä erilaisia auto-vasta-aineita beetasolun rakenteita kohtaan. Nämä vasta-aineet tuhoavat insuliinia tuottavia beetasoluja. (Vauhkonen & Holmström 2005, 326-333.)

Ihmisen keho tarvitsee energiaa. Energia kulkeutuu kehossa verisuonia pitkin erilaisissa sokeri- ja rasvasolumuodoissa. Jotta keho pystyisi käyttämään tämän energian hyväkseen, se tarvitsee insuliinia. Insuliinin avulla sokeri pääsee soluihin, jos insuliinia ei ole, sokeri jää verenkiertoon ja solut nääntyvät. Tällöin ihmisen keho tuottaa energiaa rikkomalla rasva- ja lihasvarastoja, mikä vuorostaan johtaa laihtumiseen. Veren sokeriylijäämä poistuu tällöin kehosta munuaisten kautta, ja vie mukanaan nesteitä ja energiaa. Tämä vuorostaan lisää virtsamääriä ja jatkuvaa janon tunnetta, sekä aiheuttaa nestepuutosta. Henkilöt, joilla esiintyy insuliinipuutosta, kärsivät myös huomattavasta väsymyksestä. Väsymystä aiheuttavat sekä korkea verensokeri että energianvajausta. Energianvajausta ei kuitenkaan korjaannu pelkällä ravinnonsaannilla. Kehon tarvitsee insuliinia pystyäkseen käyttämään saamansa energian hyväkseen. (Helminen & Viteli-Hietanen 2002, 11-15.)

Insuliinipuutos alkaa pääsääntöisesti aiheuttaa oireita vasta, kun noin 90 % beetasoluista on tuhoutunut. Potilas voi huomata oireiden kehittyvän päivien, viikkojen tai kuukausien aikana. Usein diabeteksen oireet ilmenevät jonkin akuutin sairauden yhteydessä, jolloin insuliiniresistenssi lisääntyy ja tällä tavalla provosoi piilevän insuliinipuutoksen, ja insuliinipuutoksesta johtuvat oireet ilmenevät. Diagnosointivaiheessa voidaan insuliinipuutoksesta johtuvien oireiden lisäksi huomata ns. rasvakudoksen lipolyysiä, eli verenkiertoon on vapautunut rasvasoluja sekä ketoasidoosi, mikä on eräänlainen elimistön happamuustila, joka saattaa olla hengenvaarallinen kehittyessään liian pitkälle. Diagnosointivaiheessa potilas hakeutuu usein hoitoon yllä mainittujen oireiden takia, ja diagnosointi on tällöin helppoa. Diagnoosi tehdään, mikäli plasman glukoosipitoisuus todetaan selkeästi kohonneeksi, ja potilaalla sa-

manaikaisesti esiintyy muita insuliininpuutoksesta aiheutuvia oireita. Nykyään tyypin 1 diabeteksen diagnoosi tehdään pääsääntöisesti tilanteessa, jolloin tuoreen diabeetikon yleistila on vielä hyvä. Kaikki uudet diagnosoidut tyypin 1 diabeetikot kuuluvat kuitenkin päivystysluontoisesti sairaalahoitoon. Diabeteksen hoito aloitetaan sairaalassa: hoidetaan hyperglykemiset eli liian korkeasta verensokeripitoisuudesta johtuvat oireet, ja tavoitteena on saavuttaa tyydyttävä verensokeritasapaino ennen kotiutumista. (Vauhkonen & Holmström 2005, 322-331.)

Lasten ja nuorten diabetes, eli tyypin 1 diabetes, on Suomessa yleisempää kuin missään muualla maailmassa. Noin 500 alle 16-vuotiasta lasta sairastuu vuosittain. Tyypin 1 diabeetikkojen määrä lisääntyy nykyään 2,8 % vuodessa. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 11-12.) Suurin osa tyypin 1 diabetekseen sairastuvista potilaista, arviolta yli 70 %, on sairastuessaan alle 30 vuotiaita (Vauhkonen & Holmström 2005, 328). Erään tutkimuksen mukaan tyypin 1 diabetes sairastavista diabeetikoista naisia on vähemmän (41-42%) kuin miehiä (Niemi & Winell 2005, 19-21).

2.2 Tyypin 1 diabeteksen hoito

Diabeteksen hoidon tavoitteena on hyvä terveys. Diabeteksen kanssa elämiseen liittyy aikaisemmin paljon kieltoja ja rajoituksia, joista halutaan nykyään eroon. Tänä päivänä hoito sovitetaan mahdollisimman joustavasti jokaisen omaan elämänrytmiin ja elämäntapoihin, ottaen huomioon myös jokaisen yksilölliset voimavarat. Hyvä hoito edellyttää saumatonta yhteistyötä diabeetikon, hoitavan lääkärin ja diabeteshoitajan välillä. Diabeteksen alkuvaiheessa, kun diabeetikko opettelee uusia asioita arkielämässään, tämä tarkoittaa tiedon jakamista ja neuvojen antamista, myöhemmin tietojen päivitystä ja motivointia. Diagnosoinnin jälkeen tarkat ja selkeät hoito-ohjeet luovat turvallisuuden tunnetta. Myöhemmin diabeetikko voi oppia miten hoito-ohjeita voi soveltaa itselleen parhaiten sopiviksi. Diabeteksen hyvä hoito edellyttää, että diabeetikolla itsellään on riittävästi tietoa diabeteksestä, sen hoitoon vaikuttavista tekijöistä ja hän osaa käyttää tätä tietoa hyväkseen omassa arkielämässään. (Helminen & Viteli-Hietanen 2002, 16-18, 27-35.)

2.2.1 Omaseuranta

Diabeetikolle omahoito tarkoittaa lääkityksestä huolehtimista, ruuan annostelua ja ateriaritmiä huolehtimista, terveyttä edistävien elämäntapojen ylläpitämistä, päivittäisiä hoitoratkaisuja sekä omaseurantaa verensokereiden ja verenpaineiden suhteen. Diabeteshoita-

jan ja hoitavan lääkärin tehtäviin kuuluu vuorostaan tukea, ohjata ja neuvoa diabeettikkoa yllä mainituissa asioissa. Terveystieteiden tehtäviin kuuluu myös tarjota diabeetikolle hyvät ja turvalliset hoitovälineet, hoitaa määrääikaistarkastuksia, sekä hoitaa ja arvioida diabeteksen lääketieteellinen puoli. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 36.)

Diabeteksen lyhyen aikavälin tavoitteena voidaan pitää jokapäiväistä hyvinvointia ja oireetomuutta. Käytännössä tämä tarkoittaa korkeiden verensokerien, eli hyperglykemian ja liian matalien verensokerien, eli hypoglykemian välttämistä. Diabeetikosta riippuen diabeteksen hoidon pitkän aikavälin tavoitteina ovat hoidon turvallisuus ja joustavuus, diabeetikolapsen normaali kasvu ja kehitys, diabeetikonaisen normaali raskaudenkulku ja terve vastasyntynyt, verensokerin sekä sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöiden pitäminen mahdollisimman lähellä normaalitasoa, lisäsairauksien ehkäisy, varhainen toteaminen ja hyvä hoito, paras saavutettavissa oleva elämänlaatu, sekä diabeteksen kuolleisuuden minimointi. (Ilanne-Parikka ym. 2003,36-38.)

Diabeetikon omaseurantaan kuuluu tärkeänä osana verensokerin mittaaminen. Verensokeri on terveillä henkilöillä aamuisin ja ennen ateriointia 3,3-5,5 mmol/l ja noin kaksi tuntia aterian jälkeen alle 7,8 mmol/l. Nämä ovat myös diabeetikoille viitteellisiä tavoitearvoja. Diabeetikolla verensokerin omaseurannan tarve ja tiheys riippuu hoitomuodosta, hoidon tavoitteista, sokeritasapainosta sekä ajankohtaisesta tilanteesta. Tyypin 1 diabeetikolle suositellaan kuitenkin jokapäivästä, säännöllistä verensokerin omaseurantaa. Hoidon alussa tai hoidon muuttuessa suositellaan mittaamista ennen ja jälkeen jokaista ateriaa. Kun hoitotasapaino on saavutettu, riittää usein hieman harvempikin mittaus. Tyypin 1 diabeetikolla riittävän usein tehty verensokerin mittaus on kuitenkin ensisijaisen tärkeää, koska mittauksen tulos kertoo vain juuri sen hetkisestä verensokeritasosta. Mittaustuloksista kannattaa myös pitää kirjaa. Pitkällä aikavälillä kirjatuista tuloksista saa hyvän kokonaiskuvan hoitotasapainosta. Diabeetikon omaseurantaan voi myös kuulua verenpaineen mittaaminen ja ketoaineiden mittaaminen virtsasta. Verensokerimittarit, sekä siihen kuuluvat tarvikkeet diabeetikot saavat veloituksen omasta terveystieteiskeskuksesta. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 45-60.) Vuonna 2009 tehdyssä tutkimuksessa, jossa on tutkittu lasten diabeteksen hoidon laatua ja vaikuttavuutta, on myös selvinnyt, että tiheä verensokerin mittaaminen parantaa hoitotasapainoa. Hoitotasapaino oli selvästi parempi lapsilla, jotka tekivät enemmän kuin 20 mittausta viikossa. (Winell 2009, 19.) Toisen tutkimuksen mukaan vain pieni osa suomalaisista diabeetikoista on kokonaisvaltaisessa hoidossa päässyt asetetuille tavoitetasoille. Tavoite olisi, että HbA1c, joka näyttää verensokerin eräänlaisen keskiarvon viimeisen kahden kuukauden ajalta, olisi alle 7,5 %. HbA1c:n keskiarvo oli kuitenkin tämän tutkimuksen mukaan 8,5 %, eli hoitotasapainoa voisi vielä parantaa. (Valle & Tuomilehto 2004, 2.)

2.2.2 Insuliinihoito

Tyypin 1 diabeteksen lääkehoitona käytetään luonnollisesti insuliinia. Insuliinihoito määräytyy yksilön tarpeisiin sopivaksi. Insuliinin tehtävä on laskea verensokeria ja mahdollistaa sokerien kulkua verestä soluihin. Insuliini on ainoa hormoni, joka vaikuttaa elimistössä verensokeria alentavasti. Eri insuliinivalmisteita jaetaan vaikutusaikansa ja toimintatapansa perusteella pikavaikutteisiin, lyhytvaikutteisiin, pitkävaikutteisiin ja ylipitkävaikutteisiin valmisteisiin. Diabeteksen insuliinihoidolla pyritään mahdollisimman tarkasti matkimaan haiman normaalia insuliinieritystä. Parhaiten tämä onnistuu ns. monipistoshoidolla ja insuliinipumppuhoidolla. (Ilanne-Parikka 2003, 193-213.) Jotta saavutettaisiin toivottu insuliinivaikeus, on tärkeää kiinnittää huomio sopiviin pistosalueisiin, pistosalueiden kuntoon ja pistotekniikkaan. Insuliinia pistetään pääsääntöisesti ihonalaisesti vatsanalueelle tai reisi-/pakaraseudulle. (Helminen & Viteli-Hietanen 2002, 18-21.)

Insuliinintarve riippuu ruokavaliosta, eteenkin hiilihydraattien määrästä, liikuntatottumuksista, maksan tuottamasta sokerimäärästä, insuliiniherkkyydestä sekä vuorokauden ajankohdasta. Insuliinintarve vaihtelee yksilöllisesti ja jopa päivästä toiseen. Tämänkin takia olisi suotavaa seurata omia verensokeriarvoja riittävän usein. Normaalipainoisilla aikuisilla diabeetikoilla insuliinintarve on noin 0,6-0,7 yksikköä insuliinia/kilo/vuorokausi. Viitteellisenä sääntönä voidaan myös pitää, että 1IU (yksikkö) insuliinia laskee verensokeria 2mmol/l kun vuorostaan 10 g hiilihydraatteja nostaa verensokerin 2 mmol/l. (Vauhkonen & Holmström 2005, 336-341.)

Monipistoshoidossa insuliinin peruseritys turvataan pitkävaikutteisella insuliinilla ja aterian aiheuttama insuliinintarve lyhyt- ja pikavaikutteisilla insuliineilla. Insuliinipumppuhoitoa käytetään tavallisesti mikäli, monipistohoito ei tuota toivottua tulosta. Insuliinipumppu erittää lyhyt- ja pikavaikutteista insuliinia tasaisessa tahdissa ympäri vuorokauden ja takaa tällä tavalla jatkuvan insuliinierityksen. (Helminen & Viteli-Hietanen 2002, 42-49.)

2.2.3 Diabeetikon ruokavalio ja elintavat

Diabeetikoille suositellaan nykyisin samanlaista, tavallista ruokavaliota kuin muullekin väestölle. Suositusten mukaan 50-60% ravinnon kokonaisenergiasta pitäisi tulla hiilihydraateista, 25-35% rasvoista ja noin 15 % proteiineista. Diabeetikon olisi kuitenkin erityisen tärkeää pitää tästä ruokavaliosta kiinni ja hiilihydraattien olisi hyvä tulla runsaskuituisista, hitaasti imeytyvistä valmisteista. (Vauhkonen & Holmström 2005, 342.)

Ruokavaliohoidolla pyritään hyvään hoitotasapainoon, verisuonisairauksien ehkäisyyn, hyvään ravitsemustilaan ja normaalipainon ylläpitoon. Insuliinihoitoa pyritään tyyppin 1 diabeetikoilla sovittamaan ruokavaliohoitoa vastaavaksi. Tyyppin 1 diabeetikot ovat pääsääntöisesti normaallipainoisia. Siksi ruokavalion energiarajoitukset ovat harvoin käytössä. Diabeetikon tulisi tietää, kuinka paljon hiilihydraatteja ateria sisältää, sekä minkä laatuaisia ne ovat. Hiilihydraatit rikkoutuvat kehossa sokereiksi, eli niiden vastetta ehkäistään insuliinilla. Jotta diabeetikko pystyisi mahdollisimman tarkasti arvioimaan insuliinitarpeensa, hänen on tärkeä tietää mitä verensokeri arviointihetkellä on. (Helminen & Viteli-Hietanen 2002, 36-49.)

Liikunta vuorostaan lisää glukoosin hyväksikäyttöä eli parantaa insuliiniherkkyyttä, ehkäisee painon nousua ja parantaa rasva-arvoja. Liikunta parantaa tällä tavalla diabeetikon hoitotasapainoa edellyttäen, että liikunta on säännöllistä eikä suoritusten aikana, tai niiden jälkeen esiinny hypoglykemiaa. Tämän voi välttää syömällä hiilihydraattipitoista ruokaa ennen liikuntasuoritusta. Hypoglykemiaa ei tarvitse pelätä ja kannattaa muistaa, että liikunnan hyödyt diabeetikolla ovat lähes aina isompia, kuin sen mahdolliset haittavaikutukset. (Vauhkonen & Holmström 2005, 342-343.)

2.2.4 Mahdolliset liitännäissairaudet

Hyvä hoitotasapaino on tärkeää myös liitännäissairauksien ehkäisyssä. Huono verensokeritasapaino on tärkein liitännäissairauksille altistava tekijä, sillä ajan mittaan verisuonten seinämät vaurioituvat korkeasta verensokeripitoisuudesta. Mahdollisia liitännäissairauksia ovat retinopatia eli silmän verkkokalvo sairaus, nefropatia eli munuaissairaus, neuropatia eli hermorappeumaa, erektiohäiriöt, jalkavaivat huonontuneen verenkierron vuoksi, sepelvaltimotauti, aivoverenkiertohäiriöt sekä suun sairaudet ja hampaiden reikiintyminen. Liitännäissairaudet ovat lähes kokonaan ehkäistävissä hyvällä diabeteksen hoidolla ja muiden vaaratekijöiden välttämällä. (Helminen & Viteli-Hietanen 2002, 76-82.)

Viime vuosina diabeetikoiden hoitotasapaino on kuitenkin yleisesti parantunut, minkä seurauksena myös diabeteksen liitännäissairaudet ovat vähentyneet. Tuoreessa tutkimuksessa on selvinnyt, että myös akuutit diabetekseen liittyvät ongelmat ovat vähentyneet. Vuonna 2009 tehdyssä tutkimuksessa on selvinnyt, että lasten kohdalla HbA1c:n keskiarvo on hieman noussut vuodesta 2005, mutta sairaalajaksot, hypoglykemian esiintyvyys ja ketoasidoosin kehitys ovat vähentyneet. (Winell 2009, 24.)

2.2.5 Diabeteksen seuranta

Diabeteksen hoidon vaikutusta diabeetikon terveyteen seurataan säännöllisesti. Seuranta-käynnit diabeteshoitajalla ja lääkärin vastaanotolla tapahtuvat noin 3-4 kuukauden välein. Seurantakäynnit jaetaan määräaika- ja vuositarkastuksiin. Käyntien yhteydessä tehdään myös laboratoriokokeita. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 38-39.) Määräaikaistarkastuksissa keskitytään ensisijaisesti sokeritasapainon seurantaan ja hoitoon. Vuositarkastuksissa selvitetään tavanomaista vastaanottokäyntiä tarkemmin elinmuutoksiin ja liitännäissairauksiin liittyvät riskitekijät, oireet, löydökset ja hoito. Seurantakäyntien yhteydessä mitataan sokerihemoglobiinia HbA1c, seurataan painoa, tarkastetaan hypoglykemian ja hyperglykemian esiintymistä, tarkastellaan insuliinin pistospaikat, mitataan verenpaine ja tarkastellaan jalkojen kunto. Vuosikontrolleissa tarkistetaan lisäksi sydänfilmi eli EKG, rasva-ainevaihduntaa ja munuaisten kuntoa verinäytteillä ja kuvataan silmäpohjat. Lisäksi diabeetikot käyvät myös jalkahoitajalla tai -terapeutilla säännöllisin väliajoin ja tarvittaessa myös ravitsemusterapeutin vastaanotolla. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 64-67.) Eräässä tutkimuksessa, jossa on tarkasteltu diabeteksen hoidon laatua, selviää kuitenkin, että joka viides diabeetikko jää säännöllisen silmäpohjien kuvausten ulkopuolelle, ja samoin joka viides diabeetikko joutuu käymään jalkojenhoitajan ja ravitsemusterapeutin vastaanotolla omalla kustannuksellaan, jos on näihin palveluihin tarvetta (Winell 2005, 6).

Hoidon laadun seuraamiseksi on ehdotettu perustettavaksi diabeteksen hoidon laatualue. Sinne kerättäisiin hoitoyksiköistä vapaaehtoisuuteen perustuen diabeetikkojen hoitoa kuvaavaa tietoa. Laatualueen perustamisella tavoitteena olisi tarjota kaikille diabeetikoille laadultaan samanlaista hoitoa. (Winell 2002, 2-3.) Diabeetikoiden hoitotyytyväisyyttä tutkitaan säännöllisin väliajoin. Näiden tutkimusten perusteella diabeetikot ovat pääosin tyytyväisiä saamiinsa palveluihin vaikka moni diabeetikko kokeekin, että on tyytymätön johonkin hoidon osa-alueeseen. (Partanen 2003, 21.)

3 DIABETES JA LASTEN HANKINTA

Diabetes ei käytännössä vaikuta diabeetikkonaisen hormonaaliseen kehitykseen ja toimintaan. Kuukautiskierto, hedelmällisyys ja vaihdevuodet toimivat diabeetikolla samalla tavalla kuin terveilläkin naisilla. Diabetes voi kuitenkin vaikuttaa raskauden kulkuun, synnytykseen, sikiökehitykseen ja vastasyntyneeseen hyvinkin voimakkaasti. Tämän takia olisi erittäin tar-

keää, että diabeetikkojen raskaudet olisivat ennalta suunniteltuja, ja diabeteksen hoitotasapaino olisi hyvä ennen alkavaa raskautta ja sen aikana. Tavoitteena olisi, että HbA1c olisi mahdollisimman lähellä normaalia tasoa, eli alle 7,5 %.

3.1 Diabetes ja raskaus

Diabeteksen ollessa hyvässä hoitotasapainossa on diabeetikon raskaus turvallinen. Diabeetikon raskauteen liittyvät ongelmat ovat usein yhteydessä huonoon sokeritasapainoon. Diabeetikkojen raskaudenseuranta keskitetään pääsääntöisesti suuriin keskussairaaloihin. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 335-338.)

Diabeteksen aiheuttamat elinmuutokset lisäävät selvästi raskauskomplikaatioita, ja myös sikiön sekä vastasyntyneen ongelmia. Raskaus ei kuitenkaan näytä vaikuttavan pahentavasti diabeteksen aiheuttamiin elinmuutoksiin. Poikkeuksena ovat silmäpohjamuutokset, jotka voivat pahentua raskauden aikana. Näitä ei kuitenkaan pidetä raskauden vasta-aiheina. Vaikeaa nefropatiaa eli munuaisten vajaatoimintaa, ja diabeteksen aiheuttamaa sepelvaltimotautia pidetään kuitenkin ehdottomasti raskauden vasta-aiheina. Niille diabeetikoille, joilla esiintyy keskivaikea nefropatiaa, raskautta ei myöskään suositella, koska munuaismuutoksista kärsivillä on yli 50 % mahdollisuus sairastua vaikeaan raskausmyrkytykseen. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 336-337.)

Diabeetikon korkea verensokeritasapaino raskauden ensimmäisellä kolmanneksella lisää sikiön epämuodostumavaaraa. Mitä korkeampi diabeetikon keskimääräinen verensokeri on, sitä suurempi on riski sikiön epämuodostumalle. (Helminen & Viteli-Hietanen 2002, 88-89.) Lääkäri Ulla Ekbladin mukaan tyypin 1 diabeetikolla on noin neljän prosentin riski saada epämuodostunut lapsi, kun vastaavasti terveellä äidillä riski on yhden prosentin luokkaa (Koivula 2009, 25). Vaarassa ovat erityisesti sydämen ja luuston kehitys. Diabeetikkojen lasten epämuodostumat ovat kuitenkin vähentyneet huomattavasti viimeisen 20 vuoden aikana hoitotasapainon parannuttua. Huono hoitotasapaino lisää keskenmenon riskiä. Diabeteksen aiheuttama vaara sikiölle on suurin raskauden ensimmäisellä kolmanneksella. (Helminen & Viteli-Hietanen 2002, 88-89.) Uusimpien tutkimusten mukaan alkuraskauden huono sokeritasapaino lisää myös raskausmyrkytyksen vaaraa (Ilanne-Parikka ym. 2003, 338). Raskausmyrkytys esiintyy 10 %:lla raskaana olevilla tyypin 1 diabeetikoilla. Viimeisten tutkimusten mukaan preeklampsiaan eli raskausmyrkytykseen sairastuminen lisää myös diabeettisen munuaistaudin ilmaantumisen todennäköisyyttä. (Gordin 2006, 28.) Huono hoitotasapaino ei kuitenkaan, riskeistä huolimatta, ole raskauden keskeytyksen aihe (Diabeteksen käypä hoito suositus 2007, 1517). Matala verensokeri eli hypoglykemia tai jopa insuliinisokki, ei näytä vaikuttavan siki-

öön, tai aiheuttavan sille vaaraa (Helminen & Viteli-Hietanen 2002, 88-89).

Yleensä diabeetikkoja suositellaan hankkimaan lapsia suhteellisen nuorina, alle 30-vuoden ikäisinä, erityisesti jos he ovat sairastuneet diabetekseen jo lapsuudessa. Ikäsuositus on asetettu siitä syystä, ettei vakavia elinmuutoksia ehtisi kehittyä, eikä raskauteen diabeteksen lisäksi, liittyisi suurempia riskitekijöitä. Diabeetikolle ei enää esitetä ehdotonta rajaa lasten lukumäärälle. Tyypin 1 diabeetikkojen raskauksien määrä onkin lisääntynyt yli 50 % 70-luvusta lähtien. Tämä selittyy pitkälti sillä, että diabeetikkojen määrä on kasvanut, mutta samalla myös diabeetikkojen raskaudenseuranta on huomattavasti parantunut ja tehostunut. Diabeetikkoja uskaltaa jo kannustaa hankkimaan lapsia. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 338-339.) Suomessa vauvan saa tällä hetkellä noin 300 tyypin 1 diabetesta sairastavaa äitiä vuodessa (Koivula 2009, 25).

Raskaus vaikuttaa diabeetikon hoitotasapainoon selvästi. Raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana taipumus mataliin verensokereihin eli hypoglykemioihin lisääntyy huomattavasti. Raskauden toisella kolmanneksella insuliiniherkkyys vuorostaan lisääntyy ja insuliiniansiojia joudutaan nostamaan. Toistuvat matalat verensokerit voivat monesti olla diabeetikon ensimmäinen oire alkaneesta raskaudesta. Syynä hypoglykemioihin pidetään raskauspahoinvointia, ja diabeetikon liiallista pyrkimystä mahdollisimman hyvään diabeteksen hoitotasapainoon. Kun raskaus etenee ja hypoglykemiat väistyvät insuliinintarve vuorostaan kasvaa. Insuliinintarve saattaa nousta jopa 30-50% raskautta edeltävästä tarpeesta. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 339.)

Diabeetikon raskauden kulkua ja diabeteksen hoitotasapainoa seurataan keskussairaalan äitiyspoliklinikalla 2-4 viikon välein. Diabeteksen raskaudenseurannan hoitotiimiin kuuluvat synnytyslääkäri, sisätautilääkäri, diabeteshoitaja ja ravitsemusterapeutti. Synnytys sairaalan seurannan lisäksi diabeetikon raskautta seurataan myös normaalisti äitiysneuvolassa. Seurannan tiheys selittyy sillä, että monet diabeetikon raskauden ongelmista, ja lähes kaikki sikiön ja vastasyntyneen ongelmat johtuvat diabeteksen huonosta hoitotasapainosta raskauden aikana. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 339-340.) Seurannan tavoitteena on, että diabeetikko voisi raskauden aikana hyvin ja synnyttäisi terveen lapsen normaalisti alakautta, mahdollisimman lähellä laskettua aikaa (Helminen & Viteli-Hietanen 2002, 89). Diabeetikon raskauden seurantaan kuuluu myös silmäpohjien kuvaus vähintään kerran raskauden aikana (Diabeettinen retinopatia 2006, 1388). Insuliinihoitoa toteutetaan raskaudenaikana pääsääntöisesti monipistoshoidolla. Vatsanalue toimii turvallisena pistoskohtana koko raskauden ajan. Insuliinipumpuhoitoa ei suositella raskauden aikana. Verensokerien mittaaminen tulisi raskauden aikana tapahtua riittävän usein. Sokerihemoglobiinia, HbA1c, mitataan raskauden aikana vähin-

tään kerran kuukaudessa. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 340.)

Diabeetikon raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana myös sikiötä seurataan noin kuuden viikon välein kaikututkimuksella eli ultraäänellä. Ensimmäinen ultraääni tehdään yleensä raskausviikolla 6-10, jolloin todetaan raskaus, sikiön elonmerkit, sikiöiden lukumäärä sekä varmistetaan raskauden kesto. Sikiön niskaturvotusta seurataan normaalisti, kuten muillakin raskaana olevilla. 24:estä raskausviikosta lähtien kaikututkimuksia tehdään neljän viikon välein. Tällöin seurataan sikiön kasvua, lapsiveden määrää ja lapsen liikkuvuutta. Munuaisten vajaatoiminta ja raskausmyrkytys saattavat hidastaa sikiön kasvua, mutta sikiön kasvu normaalia suuremmaksi on kuitenkin yleisin ongelma tyypin 1 diabeetikon raskaudessa. Lapsen kasvaminen liian isoksi uhkaa sekä lapsen, että äidin hyvinvointia alati synnytyksessä ja voi aiheuttaa myös sikiölle kroonista hapenpuutetta raskauden viimeisten viikkojen aikana. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 341-342.)

Diabeetikon raskauden loppuvaiheessa voidaan nykyään mitata lapsivedestä sikiön keuhkojen kypsyttää sekä hapenpuutteeseen viittaavia tekijöitä. Näitä tutkimuksia tehdään raskaana olevalle tyypin 1 diabeetikolle raskausviikoilla 35-37. Mikäli lapsen keuhkot ovat kypsät ja hapenpuutteeseen viittaavia tekijöitä löytyy, synnytys käynnistetään tai lapsi synnytetään keisarinleikkauksella. Tällä tavalla saatetaan myös estää sikiön kasvu normaalia suuremmaksi. Mikäli ongelmia ei todeta lapsivesitutkimuksissa, raskautta voidaan jatkaa lähelle laskettua aikaa. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 342.)

3.2 Diabeetikon synnytys ja lapsivuodeaika

Ennen aikainen synnytys, sikiön makrosomia, keisarinleikkaus, vastasyntyneen hypoglykemia ja kellastuminen ovat yleisempiä, kun äidillä on tyypin 1 diabetes (Koskinen 2008, 132). Suurin osa, noin 2/3 tyypin 1 diabeetikkojen lapsista, syntyy sektiolla. Synnytyksessä huolehditaan äidin verensokerin pysymisestä normaalin rajoissa koska äidin korkea verensokeri voimistaa lapsen insuliinieritystä ja vastasyntynyttä saattaa uhata hypoglykemia. (Ilanne-Parikka ym. 2003, 342.) Synnytyksen aikana diabeetikkoäidin hyvään verensokeritasapainoon tulee kiinnittää erityistä huomiota myös siitä syystä, että insuliini on yksi maidoneritykseen yhteydessä oleva hormoni (Koskinen 2008, 132-133).

Mahdollisten komplikaatioiden takia diabeetikkoäidin lasta seurataan tehostetusti hänen ensimmäisen elinvuorokautensa ajan. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että äiti ja lapsi joutuvat olemaan erillään toisistaan. Heti synnytyksen jälkeen äiti saa lapsen rinnalleen hetkeksi, mikäli lapsen vointi sen sallii. Tämän jälkeen lapsi viedään valvontaosastolle, äiti synnyttä-

neiden osastolle. Tämän erottamisen tuoreet diabeetikkoäidit kokevat usein hyvin rankaksi. Hengitysvaikeuksia esiintyy 5-30 %:lla diabeetikkoäidin lapsista. Diabetekseen liittyy myös vastasyntyneen hypoglykemiaan lisääntynyt riski. Vastasyntyneen hypoglykemia saattaa estää aivojen energiansaantia, ja siksi vastasyntyneen verensokeria mitataan säännöllisin väliajoin. Diabeetikkolapsilla on myös suurentunut kellastumisriski. Vastasyntyneen komplikaatioiden esiintyvyys ja vakavuus ovat yhteydessä äidin diabeteksen hoitotasapainoon. (Raskausdiabetes 2008, 1566-1567.) Huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes saattaa myös hidastaa maidonnousua synnytyksen jälkeen (Koskinen 2008, 133).

Eräässä artikkelissa todettiin, että raskausajan diabeetikkoäidit ovat hyvässä hoidossa ja seurannassa, mutta synnytyksen jälkeen seurannat vähentyvät huomattavasti, imetyksestä huolimatta. Imetys on seikka, joka vaikuttaa diabeteksen hoitotasapainoon hyvinkin voimakkaasti. Artikkelissa käsiteltiin pääosin raskausdiabeetikkoja, mutta toteamus koskee samalla tavalla raskaana olevia tyypin 1 diabeetikkoja. (Savolainen 2008, 28-29.)

Diabeetikkoäitejä kannustetaan ja rohkaistaan imettämään pitkään, ainakin 6-9 kuukautta. Diabeetikkoäideillä tämä on kuitenkin arvioitu onnistuvan heikommin kuin terveillä. Imettämisen lopettamisen syynä pidetään maidon loppumista. Syytä maidon loppumiseen ei kuitenkaan tiedetä. Imetyksen aikana insuliiniannoksia joudutaan vähentämään ainakin jonkin verran. Imettävää diabeetikkoäitiä neuvotaan seuraamaan verensokeriarvoja tarkasti ja suositellaan, että ateriaa edeltävä verensokeriarvo olisi välillä 6-8mmol/l. Äitiä neuvotaan myös syömään ylimääräinen välipala ennen jokaista imetyskertaa - myös yöllä, sillä verensokeri saattaa laskea hyvinkin nopeasti imetyksen aikana tai sen jälkeen. (Teramo 2007.) Välipaloista ja sokeritasapainon huolehtimisesta huolimatta imettävillä diabeetikkoäideillä esiintyy huomattavasti enemmän hypoglykemioita, kuin ennen raskauden alkua (Poirier & Coburn 1997, 105). Verensokeri laskee yleensä tunnin sisällä imetyksestä, joten suositellaan verensokerin mittaamista ainakin imetyksen jälkeen (Koskinen 2008, 133-134).

Diabeetikkoäidin vauvan syntymän jälkeisen verensokerin laskun riskiä pyritään vähentämään. Diabeetikkoäitien lasten on erityisen tärkeää päästä välittömästi syntymän jälkeen ihokontaktiin äitinsä kanssa. Ensi-imetyksen tulee tapahtua tunnin sisällä syntymästä. Lasta imetetään ensimmäisten neljän tunnin aikana kerran tunnissa, ja tämän jälkeen imetyksiä jatketaan vähintään kahden kolmen tunnin välein. Tiheät imetykset ja stressin minimoiminen ihokontaktin avulla pitävät lapsen verensokerin parhaiten sopivalla tasolla, ja saavat äidin maidonerityksen käynnistymään optimaalisesti. Jos lapsi ei ime rintaa, äitiä tulee ohjata lypsämään rintaa ja antamaan maitoa vauvalle lusikalla, ruiskulla, kupista tai tuttipullosta. Viiimeinen vaihtoehto lapsen verensokerin ylläpitämiseen tulisi olla äidinmaidonkorvikkeen an-

toa. Koska diabeetikkoäideillä on riski varsinaisen maidonerityksen käynnistymisen viivästy-
miseen, äidit tarvitsevat ammattitaitoista imetysohjausta imetyksen optimoimiseksi. Diabee-
tikkoäitien tulisi imettää 10-12 kertaa vuorokaudessa maidonnousuun asti. Jos lapsi joudu-
taan siirtämään lastenosastolle hoidettavaksi, äitiä tulisi kannustaa viettämään aikaa lapsen-
sa luona. Osastolla tulisi myös järjestää mahdollisuus niin ihokontaktin toteuttamiseen kun
imetykseenkin. (Koskinen 2008, 133.)

4 IMETYS

Äidinmaito on imeväisikäiselle lapselle parasta ruokaa. Se on hygieenistä, sisältää kaikkia
lapsen tarvitsemia vitamiineja, D-vitamiinia lukuun ottamatta, sen sisältämät ravintoaineet
ovat helposti imeytyviä eikä se pilaannu. (Niemelä 2006, 9.) Äidinmaidon ravintosisällön
vuoksi ensimmäinen imetys pyritään järjestämään heti lapsen syntymän jälkeen. Synnytyksen
aikana vauvan verensokeri on laskenut ja varhaisimetys nostaa vauvan verensokeria luonno-
lisella tavalla. Ensi-imetyksen kautta maidoneritys käynnistyy ja myös imemisen opettelu
helpottuu. (Eskola & Hytönen 2002, 268.) Imetys takaa riittävän ravinnonsaannin lapselle ai-
na kuuden kuukauden ikään saakka. Imetys ja rintamaito lisäävät lapsen vastustuskykyä eri-
laisia tartuntatauteja vastaan. Lisäksi rintamaito sisältää erilaisia entsyymejä ja hormoneja,
joiden avulla ravinnon hyödyntäminen lapsen elimistössä paranee. Näin lapsen kasvu ja kehi-
tys edistyy. (Ivanoff ym. 2001, 52.)

Imetys on luonnollinen tapa ruokkia pientä vauvaa. Se koetaan usein myös nopeimmaksi ta-
vaksi ruokkia lapsi. Jo aivan pienet, vastasyntyneet lapset alkavat hamuta ja hakeutua rin-
nalle, kun saavat olla ihokontaktissa äidin kanssa. (Eskola & Hytönen 2002, 268.) Imemisen
aikana lapsi kokee mielihyvää, turvallisuutta sekä läheisyyttä äidin kanssa. Parhaimmillaan
imettäminen koetaan rauhoittavana tilanteena, jossa vauva ja äiti ovat vuorovaikutuksessa
keskenään ja nauttivat yhteisestä ajasta. Varhaisessa vaiheessa aloitettu imetys parantaa
myös äidin oloa, lievittämällä rintojen kipeytymistä sekä turvotusta synnytyksen jälkeisinä
päivinä. (Koski ym. 2007, 8.) Imetys tuottaa parhaimmillaan myös äidille onnistumisen koke-
muksia sekä edesauttaa ja myötävaikuttaa äidiksi kasvamisessa (Koponen & Ylänen 2008, 3).
Imetyksen lähtökohtana ovat äidit ja erityisesti äitien kehot, jotka tuottavat maitoa lapsen
ravinnoksi (Aittokoski ym. 2009, 12).

4.1 Imetys suositukset ja niiden toteutuminen

Sosiaali- ja terveysministeriö suosittelee täysimetystä 6 kuukauden ikään asti, ja osittaista imetystä 6-12 kuukauden iässä, kiinteiden ruokien ohella. Näin voidaan saavuttaa parhaiten imetyksen edut. WHO:n julkaisu vuonna 2001 vuorostaan suosittelee 6 kuukauden täysimetystä ja osittaisimetystä jatkettavaksi muun ruoan ohella kahden vuoden ikään asti. (Armanto & Koistinen 2007, 194.)

Suomessa on tehty selvitystä imetystilanteesta vuosina 1995, 2000 ja 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön teettämässä tutkimuksissa käy ilmi, että täysimetysprosentti 4 kuukauden ikäisillä lapsilla on 34. Yhden kuukauden ikäisistä vauvoista noin puolet on täysimetettyjä. Täysimetyksen vähentyminen vauvan ensimmäisten elinkuukausien aikana johtuu erilaisista syistä: tuen puutteesta, terveydenhuoltoalan ammatillisten vanhentuneesta tiedosta ja lisämaidon varhaisesta aloittamisesta. (Armanto & Koistinen 2007, 193.) Ruotsissa tehdyn laajan tutkimuksen mukaan hyvätuloiset äidit imettävät vauvojaan pidempään, kuin ne äidit joiden tulot ovat pienemmät tai epäsäännölliset. Tutkimuksessa selvisi myös, että tupakoinnin ja synnytystavan vaikutus imetysajan pituuteen on 1-2 prosentin luokkaa. Wallby ehdottaa tutkimuksessaan, että terveydenhuollossa kiinnitettäisiin erityishuomio imettämiseen, ja imetyksen tukemiseen etenkin huonotuloisten äitien kohdalla, etnisestä ryhmästä riippumatta. (Wallby 2009, 1799-1800.)

Imetyksen onnistuminen äidin suunnitelmien mukaisesti luo äidille positiivisia ajatuksia, sekä parantaa roimasti itseluottamusta. Suomessa alle puoli vuotta kestävä imetyksen suunnittelu on todella harvinaista, ja näin ollen lyhytkestoinen imetys koetaan usein pettymyksenä. Siihen voi samalla liittyä turhia syyllisyyden ja huonommuuden tunteita. Ei kuitenkaan ole ihme, että pettymyksiä syntyy, sillä imetys on kokonaisuudessaan psykomotorinen taito, jota opetellaan ja johon opitaan harjoittelun kautta. Harjoittelu voi tuntua alussa haastavalta ja vaikealta. Tämän vuoksi monet vasta-alkajat tarvitsevat alussa paljon tukea, sekä konkreettista apua imetysasennoista, rytmistä sekä otteista. Terveystieteiden ammattilaisten rooli tulee tässä konkreettisesti esille. He antavat ohjausta imetyksestä, antavat tarvittavaa tukea, sekä luovat imetysmyönteistä ilmapiiriä. Kokemukset terveydenhuollon ammattilaisten ammatillisuudesta, sekä heidän tarjoamasta avusta ovat kovin vaihtelevat. Joillakin terveydenhuollon ammattilaisilla on runsaasti koulutusta imetyksestä ja maidontuotannosta omien kokemusten lisäksi, kun taas toisilla sitä on kovin vähän. Jotta äidit saavat imetystaipaleensa aikana yhtenäistä ja laadukasta sekä asiantuntevaa tukea, tulee terveydenhuollon ammattilaisten parantaa ja päivittää imetystietouttaan valtakunnallisesti. Tämän asian saavuttamiseksi kansanterveyslaitos on asettanut vuonna 2006 moniammatillisen asiantuntijaryhmän,

jonka tehtävänä on laatia kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma. Ohjelman avulla pyritään yhtenäistämään ja parantamaan terveydenhuollon kautta annettavia ohjeita. Pitkälle aikavälille on luotu tavoite toimivasta imetyksen hoitoketjun luomisesta. Tällöin kenkään ei tarvitsisi lopettaa imetystä tahtomattaan, ainakaan puutteellisen ohjauksen ja ristiriitaisten neuvojen vuoksi. (Aittokoski ym. 2009, 88-90.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, THL:n, asettama asiantuntijaryhmä on äskettäin valmisteellut yllä mainitun toimintaohjelman "Imetyksen edistäminen Suomessa - toimintaohjelma 2009 - 2012". Toimintaohjelma on ensimmäinen laaja-alainen imetyksen edistämisen ohjelma maassamme. Sen tarkoituksena on linjata lähivuosien imetyksen edistämistyötä ja tavoitteena on sekä tukea että edistää imettämistä. Erityisesti ohjelman avulla halutaan kaventaa imetyksessä esiintyviä sosioekonomisia eroja. Toimintaohjelman mukaan synnytysairaaloiden ja neuvoloiden välistä yhteistyötä tulisi tiivistää, ja neuvolan imetysohjauksen tulisi perustua yhtenäisiin, näyttöön perustuviin ohjeisiin. Imetyksen tukeminen edellyttää terveydenhuollon työntekijöiltä riittäviä tietoja imetyksestä, sen hyödyistä ja perusperiaatteista. Toimintaohjelman mukaan kaikilla vauvaperheiden kanssa työskentelevillä tulisi olla vähintään imetysohjaajan koulutus. Alueilla, joilla neuvoloiden henkilökunnan kouluttautumista on tuettu, ja joissa imetyksen edistäminen on ollut suunnitelmallista, imetys toteutuu selvästi keskivertoa paremmin. (Hannula ym. 2009, 3, 5.)

Tuoreen tutkimuksen mukaan terveydenhoitajien asenteet imetyksestä ovat pääosin myönteisiä, ja terveydenhoitajat ovat suhteellisen kiinnostuneita imetykseen liittyvistä asioista. Terveydenhoitajien asenteet ovat yhteydessä heidän ikäänsä, työkokemukseensa sekä kiinnostukseensa imetystä kohtaan. Terveydenhoitajat, jotka työskentelivät päivittäin imettävien äitien parissa, olivat myönteisemmin asennoituneita kuin harvemmin työskentelevät. Nuoremmat terveydenhoitajat olivat vuorostaan innostavampia, ohjaavampia ja myöntämielisiä imetystä kohtaan, kuin vanhemmat kollegansa. Kansallisiin imetyssuosituksiin verraten terveydenhoitajien ohjauksessa ja tiedossa löytyy edelleen tutkimuksen mukaan puutteita. Monet tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista suosittelevat esimerkiksi edelleen kiinteiden ruokien aloittamista imetyksen rinnalle vauvojen ollessa neljän kuukauden ikäisiä. Lisäksi imetysohjauksen yhtenäisyydessä synnytysairaaloiden ja neuvoloiden välillä olisi terveydenhoitajien mielestä kehittämisen varaa. (Kurko 2009, 45-46.) Vaikka imetykseen suhtaudutaan Suomessa myönteisesti, imetetään meillä pohjoismaista vähiten. On kiinnitetty huomiota siihen, että imetyksen edistäminen on Suomessa ollut koordinoimatonta ja jäänyt yksittäisten toimijoiden aktiivisuuden varaan. (Hannula ym. 2009, 3.)

4.2 Imetyksen ja maidontuotannon fysiologia

Jo aivan raskauden alkupuolella rinnat alkavat valmistautua kohti tulevaa. Raskaushormonien vaikutuksesta rinnat kasvavat, maitoa erittävä solukko kasvaa, sekä kypsyy ja maitotiehyet haarautuvat. Tässä vaiheessa rinnat saattavat olla arat. Maidon erittyminen rinnoista alkaa jo raskauden puolivälissä, mutta varsinaisen maidonnousun rintoihin estää istukan erittämät hormonit (Koski ym. 2007, 7).

Äidinmaidon ominaisuudet ovat osittain epäselviä. Äidinmaidon tiedetään muuttuvan esimaidosta kypsäksi maidoksi 2-4 viikon kuluessa, mutta imetysten harventuessa maito alkaa muuttua vieroitusmaidoksi, jonka makua kuvataan suolaiseksi. Esimaitoa kutsutaan myös kolostumiksi, joka sisältää paljon vasta-aineita, ja se on ominaisuuksiltaan laksatiivista. Laksatiivisen vaikutuksensa vuoksi esimaito edistää lapsenpihkan poistumista vauvan suolistosta. Esimaito on myös proteiinipitoisempaa maitoa, kuin kypsä rintamaito, joka siis nousee rintoihin vasta synnytyksen jälkeen. (Niemelä 2006, 9-10.)

Lapsen syntymän jälkeen maidon määrä alkaa lisääntyä. Istukan kautta erittyvien hormonien vaikutus loppuu n. 2-4 vuorokauden kuluttua lapsen syntymästä, jolloin tapahtuu ns. maidonnousu rintoihin. Maidonnousun rintoihin huomaa useimmiten rintojen koon suurenemisen, sekä rintojen "pingottuneisuutena". Rintojen pingottuneisuus ja arkuus johtuu verenkierron vilkastumisesta. Veri ja imuneste kerääntyvät rintoihin muutaman päivän päästä synnytyksestä. Veren kerääntyminen rintoihin tehostaa maitorakkuloiden toimintaa, joka käynnistää varsinaisen maidonerityksen. (Eskola & Hytönen 2002, 267.) Maidon erittyminen ja kertyminen rintoihin tapahtuu ilman varsinaista vauvan imukontaktia, mutta tiheällä imetyksellä voidaan maidon erittymistä nopeuttaa. Maidon kerääntyessä rintoihin tulee rinnat kuitenkin tyhjentää, jotta maidon erittyminen jatkuisi. Jatkoa ajatellen maidoneritys riippuu maidon tarpeesta ja kysynnästä. Mitä useammin rinta tyhjennetään sen paremmin maitoa erittyy. Mikäli imetus on satunnaista ja lyhytkestoista, maidon määrä alkaa vähentyä nopeasti. (Koski ym. 2007, 7.)

Rintamaito ei muutu missään vaiheessa ravinnottomaksi nesteeksi, vaan sen sisältämä energia pysyy samana koko ensimmäisen vuoden ajan. Äidinmaito suojaa vauvaa tulehduksellisilta suolistosairauksilta, sekä sisältää sellaisia vasta-aineita, entsyymejä että hyviä ja hyödyllisiä bakteereita, jotka suojelevat vauvaa haitallisten bakteereiden syntymiseltä tämän elimistöön. (Niemelä 2006, 10-11.) Äidinmaidon koostumus muuttuu vauvan kasvaessa hänen tarpeisiin vastaten. Se turvaa vauvan kasvua ja kehitystä, sekä edesauttaa ravinnon imeytymistä. (Armanto & Koistinen 2007, 194.) Imetyksen on todettu antavan suotuisia, jopa ai-

kuisikään ulottuvia vaikutuksia myös kehittyneissä maissa. Imetystä voidaan siis pitää tärkeänä osana väestön terveyden edistämistä. (Hannula ym. 2009, 3.)

Imetys on siis vauvalle erityisen terveellinen tapa saada ravintoa, mutta imetys ja rintaruokinta eivät ole hyödyllistä ainoastaan vauvalle. Rintaruokinta edistää myös äidin toipumista synnytyksestä: synnytyselimet palautuvat ja raskausajan kilot häviävät nopeammin, kuin niiltä äideiltä, jotka eivät imetä lastaan. Imettävillä ja imettäneillä naisilla ilmenee tyypin 2 diabetesta vähemmän kuin naisilla, jotka eivät ole koskaan imettäneet. Imetyksellä saateen suojautua myös munasarjasyövältä, sekä ennen vaihdevuosisia esiintyvältä rintasyövältä. Mutta mikä tärkeintä, imetyksellä luodaan vankka suhde äidin ja vauvan välille. Se on ensiaskel kiintymyssuhteen kehittymiselle. (Niemelä 2006, 13.) Imetyksen kannalta erittäin olennaista on myös ympäröivän kulttuurin suhtautuminen imetykseen, eli miten imetystä tuetaan ja miten sille varataan aikaa sekä tilaa äidin elämässä. Pelkästään imetyksen eduista ja hyödyistä kertominen ei lisää imetystä. (Aittokoski ym. 2009, 12.)

Hyvä imetysasento sekä rentoutunut olo ovat maidontuotantoa parantavia seikkoja. Mikäli maitoa heruu vähän, on äidin hyvä kokeilla juoda itse enemmän. Jos maidoneritys on tästä huolimatta vähäistä, voidaan lapselle antaa lisämaitoa. Maidon vähyys ei kuitenkaan sulje pois imettämistä. Vähäisestä maidontuotannosta huolimatta äiti voi imettää useammin, ja molemmista rinnoista samalla imetyskerralla. Maidon jääminen rintoihin vähentää uuden maidon tuotantoa, joten imettäminen kannattaa vähäisestä maidon määrästä huolimatta. (Ivanoff ym. 2001, 38-39.)

4.3 Lapsen imettäminen

Imetyksen aloittaminen vaatii opettelua. Aina se ei lähde sujumaan itsestään vaan vaatii ohjausta, harjoittelua ja tukea. Neuvonnan ja tuen avulla imetys alkaa sujua lähes jokaisella tuoreella äidillä. Ensimmäinen vuorokausi vauvan kanssa on lähinnä yhdessäoloa ja voimien keräämistä. Vauvat ovat usein kovin väsyneitä synnytyksen ja syntymän vuoksi. Toisen vuorokauden aikana suurin osa vauvoista alkaa imeä paljon. On erittäin tavallista, että vauva haluaa olla rinnalla jopa useiden tuntien ajan. Pitkäkestoisten imetysten taustalla on riittävä maidon saanti, sekä maitomäärän lisääntyminen. (Koski ym. 2007, 13.) Imetyksen onnistuminen ei riipu ainoastaan äidistä ja lapsesta sekä näiden saumattomasta yhteistyöstä, vaan se on suurempi kokonaisuus, jonka kautta kokemukset ja näkemykset imetyksestä muotoutuvat. Tutkimusten mukaan imetyksen aloittamiseen sekä jatkamiseen vaikuttavat voimakkaasti terveydenhuollon ammattilaisten antama tuki ja apu, sekä kokonaisuudessaan terveydenhuollossa käytössä olevat hoitokäytännöt. (Aittokoski ym. 2009, 88.)

Erään laajan suomalaisen tutkimuksen mukaan lapsen saamaa lisäruoan määrää imetyksen ohessa, vähensi kokoaikainen vierihoito sairaalassa, sairaalan vauvamyönteisyys, osaston hoitajien runsas osallistuminen imetysohjaajakoulutukseen, sekä äidille osoitettu omahoitaja sairaalajakson aikana. Lisämaidon antamisen riskiä vähensi myös se, että äiti oli uudelleen-synnyttäjällä, vauvan syntymäpaino 2800-4500g, sekä positiivinen ja onnistunut ensi-imetyskokemus. Aiempi positiivinen imetyskokemus lisäsi todennäköisyyttä imetyksen jatkumiseen yli puoli vuotta. Aiempi lyhyt imetys, lisämaidon antaminen sairaalassa lähes joka syötöllä, ja jo sairaalassa suunniteltu osittaisimetys huononsivat todennäköisyyttä imetyksen jatkumiseen yli puoli vuotta. Äidin keisarinleikkaus lisäsi myös lisämaidon antoa lapselle. Äidin hyvä psyykinen vointi, tyytyväisyys omien rintojen ulkonäköön, äidin uudelleen synnyttäjäys, riittävä ohjaus maidonerityksen ylläpitämisestä ja imetyksestä, positiivinen synnytyskokemus ja täysimetys vastaushetkellä olivat yhteydessä hyvään imetyksestä selviytymiseen. (Hannula 2003, 100-106.)

Vauvat tietävät jo aivan pienestä vastasyntyneestä lähtien, kuinka paljon maitoa he haluavat juoda ja miten paljon he tarvitsevat. Hamuilu eli suun availu, kielen lipominen, rinnan etsiminen päätä käännettäessä, sekä sormien imeskely ovat selkeitä merkkejä vauvalta äidille, että hän haluaa imeä rintaa ja on nälkäinen. Mikäli hamuilun merkkejä ei huomata, vauva alkaa usein itkeä ja itkevää lasta saattaa olla vaikea saada rauhoittumaan rinnalle syömään. Vauvoilla ei alkuun ole minkäänlaista kellontarkkaa aikataulua syömisen suhteen, vaan vauvaa kannattaa ruokkia ja imettää aina kun tämä ilmaisee hamuilun merkkejä. Imetyksellä ei saa olla kiire, vaan vauvan olisi hyvä antaa imeä rauhassa niin kauan kuin tämä haluaa, näin taitaan riittävä maidonsaanti. Imetys vie päivästä jopa monen tunnin verran aikaa, joten oikeanlainen imetysasento on todella tärkeä. Erityinen huomio kannattaa kiinnittää niska-hartia-seudun asentoon imettäessä, sillä jännittynyt asento kipeyttää lihaksia, eikä tee imetyksestä miellyttävää kokemusta. (Koski ym. 2007, 13.)

Vauvan oikeanlaista imuotetta rinnasta voidaan kuvata jopa ronskiksi. Vauva ei ime pelkkää nänniä, vaan oikeaoppisen imuotteen mukaan nänni on kokonaan vauvan kitalaessa. Vauva pumpppaa nännipihan aluetta puristaen rinnan sisäosissa olevia maitotiehyitä suutaan ja leukojaan käyttäen. Oikeaoppisella ja hyvällä imuotteella vauvan imeminen ei satu lainkaan, eikä tunnu oikeastaan juuri mitään kunhan siihen tottuu. Hyvän ja oikeaoppisen imuotteen taustalla on oikeanlainen imetysasento. Vauvan tulee olla äitiä vasten, vatsa vatsaa vasten, ja siten että vauvan korva, olkapää ja peppu muodostavat yhtenäisen sekä suoran linjan. Oikeanlainen imetysasento löytyy harjoittelemalla. Vauvan imetysasento on oikea, kun vauvan leuka on hieman ylöspäin ja suu pääsee avautumaan ammолleen. Paras tapa saada vauvalle

oikea imetysasento ja imuote on edetä vauvan tahdissa, eli odottaa, että vauva avaa itse suunsa ja ottaa rinnasta hyvän imuotteen. On hyvä huomioida, että hyvän imuotteen saadessaan vauvan suu on yhtä paljon auki kuin haukoteltaessa. Kiinnittyessään rintaan vauvan huulet ovat rennosti rinnan päällä, sekä näkyvillä. Oikea imuote on tiukka ja vauvan alahuulta raottaessa alaikiä peittävä kieli näkyy. Imetyksen ollessa päättymäisillään rinnanpään saa irti lapsen voimakkaasta imusta painamalla lapsen leukaa kevyesti (Niemelä 2006, 39-42, 44).

Tehokkain tapa rinnan tyhjentämiseen on vauvan imettäminen, mutta mikäli vauva ei voi tai jaksa imeä rintaa riittävän hyvin, voidaan imetys korvata lypsämällä maito pois rinnasta, ja juottamalla maito vauvalle tuttipullostä. Toinen tapa tyhjentää täyttä ja pingottunutta rinta, on ensin lypsää jonkin verran maitoa pois, jolloin rinta hieman pehmenee, ja tämän jälkeen imettämistä voi kokeilla uudelleen. Mikäli rinta on niin kova, ettei lypsäminen onnistu tai helpota rinnan kovuutta, eikä vauvan imettäminen onnistu vauvan saadessa vääränlaisen imuotteen, voidaan nännipihaa hieroa ja tällä tavalla pehmentää. Nännipihan paineleminen helpottaa kudosturvotusta, turvotuksen laskiessa vauva saa rinnasta paremman otteen, ja tätä myötä myös heruminen helpottuu, koska maito pääsee virtaamaan vapaammin ulos kudosturvotuksen alle jääneistä maitorakkuloista. (Niemelä 2006, 44.)

Imetyksen avuksi on myös tehty apuvälineitä, jotka voivat toimia hetkellisinä apuvälineinä imetystä harjoiteltaessa. Yksi tällainen apuväline on rintakumi, siitä voi olla apua, mikäli vauva ei saa imuotetta rinnasta. Rintakumi voi kuitenkin vähentää maidon määrää, sillä se estää rinnan saamaa imuärsytystä. Mikäli nänni on jollakin tapaa sisäänpäin vetäytynyt, ei rintakumia kuitenkaan tulisi käyttää. Sisäänpäin vetäytynyt nänni ei silti ole este imetykselle, vaikka rintakumin käytön se estää. Joskus vauvan suu on niin pieni, että se estää imettämisen. Toisaalta vauvan lyhyt kieli tai kireä kielijänne saattavat haitata imemistä. Aika on tällaisissa tilanteissa hyvä apukeino, mikäli lapsen kireää kielijännettä ei leikata. Lapsi kasvaa, suu ja kielikin kasvavat. Vauva oppii käyttämään kieltään, suu kasvaa ja kireä kielijänne antaa periksi. Tärkeintä on, että vauvan mielenkiinnon rinnalla oloon säilyy, ja että äiti tiedostaa tilanteen ja pyrkii etsimään keinoja oikean imuotteen opetteluun. (Niemelä 2006, 44-45.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten diabeetikkoäidit ovat kokeneet imetyksen, ja miten imetys on vaikuttanut diabeteksen hoitotasapainoon diabeetikkoäitien

omasta näkökulmasta katsottuna. Ohessa kertyy myös tietoa, miten imetys on vaikuttanut insuliinitarpeeseen ja verensokeritasapainoon, miten maitoa on erittynyt, ja kuinka kauan imetys on jatkunut.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää vertaistukena imettäville tyypin 1 diabeetikkoäideille. Opinnäytetyön raporttia voivat hyödyntää työssään äitiyshuollon parissa, sekä lastenneuvolassa työskentelevät hoitotyön ammattilaiset, kohdatessaan tyypin 1 diabeetikko äitejä tai tulevia äitejä. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää myös keskussairaaloissa, erikoissairaanhoidon piirissä, jossa hoidetaan tyypin 1 diabeetikoiden raskaudenseurantaa ja synnytyksiä. Kertyneen tiedon perusteella pystytään jatkossa mahdollisesti tiedottamaan imettäviä diabeetikkoäitejä paremmin, ja tällä tavalla motivoida heitä imettämään.

Opinnäytetyön kysymyksenasettelun lähtökohtana ovat olleet aikaisemmat tutkimukset, tieteelliset artikkelit, sekä kirjallisuus, joka käsittelee diabetesta ja imetystä. Valitsemaamme aihealuetta on tutkittu hyvin vähän. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olemme muodostaneet käytännöstä nousseen tarpeen, sekä teoreettisen tiedon pohjalta.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat;

1. Miten diabeetikkoäidit kokevat / ovat kokeneet imetyksen?
2. Miten imetys on vaikuttanut diabeteksen hoitotasapainoon?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tämän opinnäytetyön luonne on laadullinen, ja aineisto on käsitelty fenomenologisesta viitekehystä käsin. Tutkimusaineisto koostuu avoimista kertomuksista, jotka olemme analysoineet perinteistä sisällönanalyysimenetelmää käyttäen. Tutkimusosiossa kuvaamme näitä käytettyjä menetelmiä yksityiskohtaisemmin ja raportoimme tarkemmin, mihin tuloksiin olemme opinnäytetyössämme aineiston perusteella päätyneet.

6.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmän valinta

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jonka lähtökohta on ihminen ja hänen yksilölliset kokemuksensa. Kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää voidaan myös kutsua ymmärtäväksi tutkimukseksi. Ihmistä tutkivien tieteiden metodina ymmärtäminen on eräänlaista eläytymistä tutkimuskohteeseen liittyviin henkisiin ilmapiireihin, tunteisiin, ajatuksiin, sekä motiiveihin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 20-22.) Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on aina todellisen elämän kuvaaminen. Kohdetta pyritään tutkimaan ja kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Aineisto pyritään kokoamaan mahdollisimman luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Tutkimuksen kohderyhmä valitaan tarkoituksenmukaisesti niin, että tutkimusongelmiin saadan vastaukset mahdollisimman asiantuntevasti. (Hirsjärvi ym. 2004, 51-57.)

Laadullisen tutkimuksen tunnusmerkkeinä ja määrittäjinä voidaan myös pitää aineistonkeruumenetelmää, tutkittavien näkökulmaa, harkinnanvaraista tai teoreettista otantaa, aineiston laadullis- induktiivista analyysia, hypoteesittomuutta, tutkimuksen tyyliä ja tulosten esitystapaa, sekä tutkijan asemaa (Eskola & Suoranta 1998, 14-15). Myöhemmin tässä kappaleessa ja tässä opinnäytetyössä tulemme osoittamaan, että kaikki nämä edellä mainitut kriteerit täyttyvät ja tämä opinnäytetyö voidaan määritellä laadulliseksi tutkimukseksi. Laadullista tutkimusta voi luonnehtia prosessiksi, jossa tutkimuksen etenemisen eri vaiheet eivät ole välttämättä täysin etukäteen jäsennettävissä, vaan muotoutuvat prosessin aikana ja myös tutkijan, tai meidän tapauksessamme opinnäytetyön tekijöiden, näkökulmat ja tulkinat kehittyvät prosessin edetessä (Aaltola & Valli 2007, 70).

Laadullisessa tutkimuksessa teorian merkitys on ilmeinen ja sitä tarvitaan välttämättä. Tutkimuksen teoreettisessa osuudessa kuvataan tutkimuksen, tai tässä tapauksen opinnäytetyn keskeisiä käsitteitä ja niiden välisiä suhteita. Teoriaosuuden perusteella sekä tutkijat että tutkimuksen lukijat voivat ymmärtää tutkimuksen tulokset, sekä tulosten merkityksen. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 17-18.) Tämän opinnäytetyön luonne on laadullinen. Opinnäytetyömme alkaa teoreettisella osuudella, jossa tuomme esille faktaa ja esittelemme jo tiedossa olevia ilmiöitä diabeteksesta ja imetyksestä tutkimusten, kirjallisuuden, sekä tieteellisten artikkeleiden pohjalta. Teoreettisessa osiossa kuvaamme myös valitsemamme tutkimus-, aineistokeruu- sekä analyysimenetelmiä teoreettisesta näkökulmasta.

Tässä opinnäytetyössä haluamme selvittää diabeetikoäitien kokemuksia imetyksestä ja miten imetys on vaikuttanut heidän hoitotasapainoonsa. Koska kyseistä aihealuetta on aikaisemmin tutkittu niukasti, valitsimme fenomenologisen lähestymistavan. Sananmukaisesti fe-

nomenologia tarkoittaa oppia ilmiöstä (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 152). Kokeuksellinen tieto vähän tutkitusta tai vaikeasti määriteltävistä asioista on parhaiten saavutettavissa fenomenologisen lähestymistavan avulla. Fenomenologia on yritys kuvata kokemusta juuri sellaisena kuin se on. Fenomenologia on monimuotoinen ajattelutapa ja se on vaikeasti rajattavissa. Fenomenologinen tutkimus osana hoitotiedettä tuottaa tietoa hoidettavana olevien arkielämään ja toimintaan liittyvistä kokemuksista ja niiden merkityksistä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 116-122.) Tutkimuksen kohteena on ihmisen suhde omaan elämistodellisuuteensa eli miten yksilö kokee tai on kokenut tutkittavan asian (Tuomi & Sarajärvi 2002, 34). Fenomenologinen metodi vaatii myös tutkijalta jatkuvaa perusteiden pohtimista, niin tutkimuksen eri vaiheessa esiin tulevien ongelmien yhteydessä kun kerättyä aineistoa analysoitaessa (Aaltola & Valli 2007, 28). Tämän perusteella opinnäytetyömme suhteellisen laaja teoreettinen osuus on myös perusteltu, sillä joudumme jatkuvasti palaamaan siihen pohtiessamme perusteita, ja ymmärtääksemme vastaajien kokemusten sisältöä.

Fenomenologinen tutkimus on eräässä mielessä yksittäiseen suuntautuvaa paikallistutkimusta. Se ei pyri niinkään löytämään universaaleja yleistyksiä, kuin ymmärtämään jonkin tutkittavan alueen ihmisten sen hetkistä merkityksmaailmaa. Eli vaikka fenomenologinen lähestymistapa onkin yleistävää, kuten kaikki laadulliset tutkimusmenetelmät, myös kaikki ainutkertainen ja ainutlaatuinen kiinnostaa. Jokaisen yksilön kokemusten tutkiminen paljastaa myös jotain yleistä. (Aaltola & Valli 2007, 30-31.)

6.2 Opinnäytetyön aineistonkeruu ja kohderyhmä

Laadullisella aineistolla tarkoitetaan pelkistetyimmillään aineistoa, joka on ilmaisultaan tekstiä (Eskola & Suoranta 1998, 15). Laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Näitä menetelmiä voidaan myös käyttää kerättyä määrällisen tutkimuksen aineistoa. Laadullisessa tutkimuksessa näitä aineistokeruumenetelmiä voidaan käyttää myös joko toisiinsa yhdistettynä tai erikseen, riippuen tutkittavasta ongelmasta, sekä tutkimusresurssien vaatimuksesta. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 73-75.)

Laadullisena tutkimusaineistona käytettävä kirjallinen materiaali voidaan jakaa kahteen luokkaan: yksityisiin dokumentteihin ja joukkotiedotuksen tuotoksiin. Yksityisillä dokumenteilla tarkoitetaan esimerkiksi puheita, kirjeitä, päiväkirjoja, muistelmia, kertomuksia, esseitä ja sopimuksia. Yksityisten dokumenttien käyttö tutkimusaineistona sisältää oletuksen, että kirjoittaja tai tutkittava kykenee ja on jollain tapaa parhaimmillaan ilmaistessaan itseään kirjallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 86.)

Fenomenologisen tutkimuksen aineiston keruu tapahtuu harkinnanvaraisesti, eli tutkimukseen valitaan henkilöitä, joilla on kokemuksia tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä ja jotka suostuvat vapaaehtoisesti tutkimukseen. Periaatteena on, että tutkimukseen osallistuvat kertovat tekstin muodossa tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön liittyvistä kokemuksistaan. Tiedon keruu tapahtuu fenomenologisessa tutkimuksessa avointa tai puoliavointa haastattelua, vapaamuotoisia esseitä tai muita kirjoituksia käyttäen. (Janhonen & Nikkonen 2003, 126-127.) Elämäkerrallisen lähestymistavan taustana on näkemys elämän ja identiteettien rakentumisesta tarinoina tai kertomuksina. Kaikille elämäkerrallisille lähestymistavoille yhteistä on kiinnostus yksittäisen ihmisen ainutkertaiseen tapaan kokea, ajatella ja toimia. Ihmisen kokemuksia voidaan pitää eräänlaisina tarinoina, joita ihmiset elävät ja joita he kerottaessaan muotoilevat uudelleen. (Aaltola & Valli 2007, 230.) Fenomenologisessa tutkimuksessa tavoitteena on, että tutkija pystyy tavoittamaan tutkittavan kokemuksen mahdollisimman aitona. Tämän takia erittäin tärkeäksi seikaksi aineiston keruussa muodostuu myös se, että tutkija ei millään tavalla ohjaa tutkittavien ajattelua ja ilmaisua, jotta tutkittavien omien kokemusten esille tulo ei estyisi. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 154-156.)

Yleensä fenomenologiseen tutkimukseen osallistuvien määrä on pieni, muutamista henkilöistä muutamisiin kymmeneen henkilöihin. Tällaisessa tutkimuksessa tutkittavien henkilöiden valinta ei perustu aineiston kyllästymisen tavoittelemiseen, eli siihen että aineisto alkaa toistaa itseään, vaan osallistuneiden koettujen merkitysten tavoittamiseen ja yhteisten kokemussisältöjen löytämiseen. (Janhonen & Nikkonen 2003, 127.)

Tämän opinnäytetyön aineistokeruumenetelmäksi valitsimme keskustelupalstan käytön. Koska imettäviä ja imettäneitä tyypin 1 diabeetikoita on suhteellisen vähän, ajattelimme, että diabeetikoiden oma keskustelupalsta on paikka, jonka kautta tavoittaa mahdollisimman monia imettäviä ja imettäneitä tyypin 1 diabeetikkoja. Keskustelupalstan valintaan osaksi aineistokeruumenetelmää vaikutti myös se, että koimme keskustelupalstan käytön olevan suhteellisen nopea tapa kerätä tarvittava aineisto. Avasimme erillisen keskustelualueen Diabetesliiton keskustelupalstalle aineistokeruutamme varten. Tutkimusaineistoa eli kertomuksia keräsimme noin kuuden viikon ajan aikavälillä 15.7 - 23.8.2009. Keskustelun avasimme eräänlaisella saatekirjeellä (liite 1). Saatekirjeessämme selvitimme keitä olemme, mitä olemme tekemässä, mitkä ovat tutkimusongelmamme, kuinka kauan keräämme aineistoa, ja pyysimme vastaajia vastaamaan lyhyen kertomuksen muodossa, joka kuvailisi heidän omia kokemuksiaan. Kertomusten käyttöä tutkimusaineistona voidaan pitää myös kerronnallisena, narratiivisena haastatteluna. Tällöin haastattelurunko muodostuu suppeimmillaan yhdestä kysymyksestä. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 189.)

Rekisteröidyimme molemmat keskustelupalstan käyttäjiksi, ja tällä tavalla meillä oli myös mahdollisuus vastata tutkittavien kysymyksiin nopealla aikavälillä. Mikäli meille jäi jotakin epäselväksi jonkun vastauksessa, pyysimme vastaajaa tarkentamaan asiaa. Rekisteröityneinä käyttäjinä meihin pystyttiin myös ottamaan yhteyttä yksityisviestillä. Aiheen aran luonteen takia vastaajille tarjottiin myös mahdollisuus vastata yksityisviestillä, jolloin vastaukset tulivat ainoastaan meidän, eli opinnäytetyön tekijöiden luettaviksi. Jotkut vastaajista valitsivatkin vastaustavakseen yksityisviestin. He kokivat, etteivät halunneet kertomustaan julkisesti kaikkien luettavaksi.

Aiheen aran luonteen takia yksityisyys oli myös seikka, johon jouduimme ottamaan kantaa alusta lähtien. Henkilötietolain lähtökohtana on, että tutkimus tehdään aina kun se on mahdollista ilman yksilötason henkilötietoja (Henkilötietolaki 523/1999). Meidän aineistonkeruutamme ajatellen tästä ei muodostunut ongelmaa, koska aineistonkeruu tapahtui keskustelupalstalla, jossa käyttäjät itse määrittelevät käyttäjänimensä, eivätkä henkilötiedot tule esille.

Keskustelupalstaa käyttäessämme toteutui myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Vastaajat kertoivat kokemuksistaan imettävänä ja imettäneinä tyypin 1 diabeetikkoäiteinä täysin vapaaehtoisesti. Ne, jotka eivät halunneet kertoa kokemuksistaan, eivät yksinkertaisesti vastanneet. Näiden ei-vastanneiden lukumäärästä meillä ei kuitenkaan ole tietoa. Avatessamme keskustelun korostimme osallistumisen vapaaehtoisuutta, ja kerroimme keräävämme tutkimusaineistomme ainoastaan käytössämme olevalta palstalta. Muita palstoja, joilla kokemuksia mahdollisesti oli tullut esille, ei siis käytetty.

Tutkimuslupaa tarvitaan tutkimuskentälle pääsyä ja rekrytointia varten silloin, kun tarkoitus on haastatella tai muulla tavalla hankkia tietoa ilmiöistä julkisyhteisön jäsenien kautta (Ruusuvuori & Tiittola 2005, 18). Otimme alustavasti puhelimitse yhteyttä Diabetesliittoon tutkimuslupaa ajatellen ja saadaksemme tietoa siitä, minkälaista lupahakemusta he vaativat, jotta saisimme käyttää heidän keskustelupalstaansa aineistokeruutamme varten. Meille ilmoitettiin, ettei tutkimuslupaa vaadita heidän keskustelupalstansa käyttämistä varten, koska keskustelupalsta on kaikille avoin. Kun opinnäytetyömme aihe lisäksi liittyy diabetekseen, he ilmoittivat meidän olevamme hyvin tervetulleita keskustelupalstan käyttäjiksi.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kaikki keskustelupalstalle rekisteröityneet tyypin 1 diabetesta sairastavat, imettävät ja imettäneet äidit. Näiden äitien kokonaislukumäärästä ei kuitenkaan ole tietoa. Kohderyhmästä kaksitoista osallistui tutkimukseen, joista muutama on

kertonut kokemuksistaan lastensa imettämisestä erikseen. Kaiken kaikkiaan kertomuksia kertyi viisitoista. Kaikki vastaajat sairastivat tyypin 1 diabetesta, ja olivat jossain sairautensa vaiheessa imettäneet lastaan. Osa tutkimukseen osallistuvista imetti vielä tutkimuksen aikana. Imetyksen kesto tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kesken vaihteli muutamasta kuukaudesta jopa puolentoista vuoden ikään asti.

6.3 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on perustyöväline kaikessa laadullisessa aineiston analyysissä. Sisällönanalyysi on systemaattinen aineiston analyysimenetelmä, jonka avulla voidaan kuvata analyysin kohteena olevaa tekstiä. (Kylmä & Juvakka 2007, 112.) Analyysitavaksi valitaan tapa, joka parhaiten tuo vastaukset tutkimusongelmiin. Analyysitavat voidaan jakaa selittämiseen pyrkiviksi ja ymmärtämiseen pyrkiviksi. Käytännössä nämä tavat kulkevat kuitenkin rinnakkain. (Hirsjärvi ym. 2004, 212.) Sisällönanalyysin avulla havainnoidaan kerättyä aineistoa ja analysoidaan sitä systemaattisesti. Sisällön analysoinnin tavoitteena on kerätyn aineiston tiivistäminen niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai, että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Analyysissä aineisto puretaan ensin osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään. Seuraavaksi aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitusta ja vastaa tutkimusongelmiin. Analyysin avulla pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.) Sisällönanalyysissä tekstin sanat, fraasit tai muut yksiköt luokitellaan samaan luokkaan merkityksen perusteella, eli ne merkitsevät samaa asiaa. Käsitteiden samanlaisuus on riippuvainen tutkimuksen tarkoituksesta niin, että voidaan yhdistää synonyymejä tai samaa tarkoittavia asiasisältöjä. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. On olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Sisällön analyysin prosessissa voidaan yleistävästi erottaa seuraavia vaiheita; analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällön analyysin luotettavuuden arviointi. Nämä vaiheet yhdistyvät kuitenkin toisiinsa ja eri vaiheet voivat käytännössä tapahtua samanaikaisesti. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Tutkimuksen tarkoitus ja aineisto ohjaavat fenomenologisen tutkimuksen analyysin yksityiskohtaista kulkua. Analyysin metodi on keskeinen osa fenomenologiaa. Metodin avulla pyritään ymmärtämään inhimillisen toiminnan ja kokemuksen subjektiivista merkitystä. Fenomenologisen ajattelutavan mukaan tieteellisyys perustuu aina käytetyn metodin kykyyn ta-

voittaa tutkittavana oleva ilmiö. (Janhonen & Nikkonen 2003, 129.)

Yhteisön jäsenenä meillä on yhteisiä piirteitä ja yhteisiä merkityksiä. Tutkittavat ihmiset, kuten tutkija itsekin, ovat osa jonkin yhteisön yhteistä merkityksen perinnettä. Tämän vuoksi jokaisen yksilön kokemusten tutkimus paljastaa myös jotain yleistä. (Aaltola & Valli 2007, 30.) Fenomenologisessa tutkimuksessa tulokset syntyvät kerätystä aineistosta tutkijan ajatustyön tuotteina. Tutkija järjestää ja erittelee aineistoaan, suhteuttaa osia kokonaisuuksiin ja tekee tulkintoja. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 157.) Käyttäessään fenomenologista lähestymistapaa tutkija luokittelee tutkittavien käsitykset ja kokemukset niiden merkitysten perusteella. Erilaiset merkitykset pyritään selittämään kokoamalla niistä abstraktimpia merkitysluokkia. (Metsämuuronen 2003, 175.) Tutkimuksen tulokset esitetään kielellisesti tekstinä. Lopuksi tutkija tuottaa jäsentyneen kuvauksen tutkittavasta ilmiöstä. Kuvauksessa tulee esiin ilmiöstä olennaisin. Tutkimustulokset suhteutetaan aiempaan tutkimustietoon ja tutkijan teoreettisiin lähtökohtiin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 158.)

Opinnäytetyössämme halusimme selvittää miten tyypin 1 diabeetikkoäidit ovat kokeneet imetyksen, ja pyysimme heitä kertomaan siitä omissa kertomuksissaan. Tämän opinnäytetyön analyysissä kertomuksista poimittiin ensin opinnäytetyön tutkimuskysymysten pohjalta olennaisia asioita. Kertomuksia eli tutkimusaineistoa läpi käydessämme esille nousi yhtenäisiä asioita tutkittavien kokemuksista, jotka kokosimme omiksi ryhmikseen. Tutkimustulosten tarkastelussa kertomuksista nostettiin esille suoria lainauksia, jotka kuvaavat tutkittavien ajatuksia, tunteita ja kokemuksia. Aineiston luokittelun jälkeen tutkittavien kokemuksia analysoitiin perinteisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä jaoin jo aiemmin luokitellut diabeetikkoäitien kokemukset toisensa poissulkeviin ja yksiselitteisiin luokkiin. Yläluokiksi muodostuivat: positiiviset kokemukset, negatiiviset kokemukset, ongelmat, synnytystapa, ensi-imetys, maidonnousu, maidon erityy, lisämaidon antaminen, imetysajan kesto ja imetyksen vaikutus hoitotasapainoon. Syyt imettävien diabeetikkoäitien kokemuksiin analysoitiin vuorostaan fenomenologisella lähestymistavalla. Tällä tavalla halusimme selvittää ja tuoda esiin, miksi tutkittavat kokivat niin kuin kokivat ja, mitkä seikat olivat vaikuttaneet ja aiheuttaneet kyseiset kokemukset.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, miten diabeetikkoäidit ovat kokeneet imetyksen ja sen vaikutukset hoitotasapainoon. Nämä olivat myös opinnäytetyömme tutkimustulok-

set. Opinnäytetyömme tulokset esitellään tutkimuskysymysten, ja niiden kautta tutkimusaineistosta esille nousseiden pienempien kokonaisuuksien mukaisesti. Olemme pyrkineet raportoimaan tuloksia loogisessa järjestyksessä, jotta saavutettaisiin kattava ja selkeä kokonaiskuva, imettävien diabeetikoäitien kokemuksista imetyksestä, sekä kokemuksiin johtaneista syistä. Esitellessämme tuloksia imetyksen vaikutuksesta diabeteksen hoitotasapainoon, kuvaus etenee loogisessa aikajärjestyksessä.

7.1 Diabeetikoäitien kokemuksia imetyksestä

Keskustelupalstalla pyysimme opinnäytetyömme tutkimukseen osallistuneita kertomaan kokemuksistaan imetyksestä imettävinä, tai imettäneinä tyypin 1 diabeetikoina. Kertomuksia keskustelupalstalle kertyi kaikkiaan 15. Muutama vastaaja kertoi useammasta imetyskokemuksestaan erillisinä kertomuksina. Kaikista kahdestatoista tutkittavista yhdeksän koki, tai oli kokenut imettämisen positiivisena ja antoisana aikana.

" Imetys sujui paljon pienemmin ongelmin kuin olin etukäteen kuvitellut "

" Minusta se oli ihanaa! "

" Minusta imettäminen on (vaikeuksista selvittyäni) tosi ihanaa yhdessäoloa vauvan kanssa. "

Positiiviset kokemukset pohjautuivat vastaajien mukaan onnistuneeseen, ja suhteellisen nopeaan imetyksen aloittamiseen, sen helppouteen ja onnistumisen kokemuksiin äitinä ja imettäjänä alun vaikeuksista huolimatta. Vastaajat olivat kokeneet ylpeyttä ja korvaamattomuutta imettäessään. Tämän he kokivat myös positiivisena asiana.

" Imetys oli minusta helppo tapa ruokkia lapsi missä tahansa. Se oli myös mukavaa yhdessäoloa lapsen kanssa. Tuntui hyvältä olla edes jossain asiassa ´keskiverto´, kun raskausaika oli vaikea hoitoisena diabeetikkona lähinnä lääketieteellinen ongelma. "

" Kaiken kaikkiaan minulla on hyvin positiivinen ja auoinen muisto imetysajasta - minusta imettäminen oli mukavaa, se oli aina sellainen rauhallinen vauvan ja äidin välinen oma hetki "

" Itse koin imettämisen paljon helpompana vaihtoehtona kuin olisi ollut pulloruokinta pullopesuineen jne. Oli aina eväät mukana ja kuljinkin lasten kanssa alusta asti paljon milloin missäkin "

" Olin ylpeä imetyksen onnistumisesta"

Kolmessa kertomuksessa tuli selkeästi esille huonoja kokemuksia imetysajasta. Kertomuksista kävi kuitenkin ilmi, että nämäkin äidit olivat jatkaneet imetystä jopa vuoden verran, vaikeista kokemuksistaan huolimatta.

" Diabeetikon raskaus on erittäin suuritöinen juttu, samoin imetys. Kropassa tapahtuvia muutoksia on tuhattomasti hallittavaksi asti. Kyllä täytyy sanoa että kadehdin terveitä äitikavereitani jotka kerhossa imettävät lasta vain nostamalla paidanhelmansa. Minä se värkkäsin rintakumin ja pillimehun kanssa imettäessäni ja koitin tehdä siitä rauhallista hetkeä"

" Jos joskus vielä saan vauvan niin mietin tarkkaan yritänkö edes imetystä"

Kertomuksista päätellen tyypin 1 diabeetikkoäitien huonot kokemukset imetyksestä aiheutuivat ristiriitaisten neuvojen saannista, sekä tuen, neuvojen ja imetysohjauksen puutteesta, lisämaidon antamisesta sairaalassa, verensokerien voimakkaasta vaihtelusta, hoitohenkilöstön tietämättömyydestä, sekä muiden ihmisten kommenteista. Kahdesta kertomuksesta tuli myös selkeästi esille hoitohenkilöstön ammatillisuuden suuri vaikutus imetyksen onnistumiseen.

" Imetys ei sujunut ja viideltä hoitajalta pyysin imetysopetusta ja koskaan en sitä saannut. Papereissa kyllä lukee, että vauva imee tissiä ja imetys sujuu. Tämä on valetta. Olin todella pettynyt etten saannut apua. "

" En tahtonut millään saada imetystä käyntiin ja jouduin antamaan aika paljon vastiketta. Niin ihan muutamat kommentit, että niinkö paljon joudut antamaan ja eiköhän se riittäisi jne... tekivät olostani sellaisen, että itkeskelin asiaa monen otteeseen."

" Vauva sai jo sairaalassa runsaasti korviketta pullosta. Korvikkeen anto takasi sen, että vauvaa ei tissi voinnut vähempää kiinnostaa."

Kaikki opinnäytetyömme tutkimukseen vastanneet olivat kokeneet imetyksen alun enemmän tai vähemmän vaikeana. Lapsen tai vanhemman sairastuminen, diabeteksesta johtuvat ongelmat, ero lapsesta ensimmäisinä päivinä synnytyksen jälkeen, lapsen jääminen sairaalahoittoon äidin kotiuduttua, neuvon, tuen ja imetysohjauksen puute, lisämaidon saanti, sekä maidonnousun viivästyminen aiheuttivat kokemuksia ongelmista. Ongelmista huolimatta äi-

dit kuitenkin yrittivät ja jaksoivat imettää. Kolme lasta oli päässyt äitinsä rinnalle heti syntymän jälkeen. Kahden kohdalla rinnalla olo aika oli kuitenkin vain muutamia minutteja. Muista kertomuksista esille tulleiden tietojen mukaan lapset eivät olleet päässeet lainkaan äidin rinnalle heti syntymän jälkeen. Ensi-imetyksen viivästyminen koettiin myös vaikuttaneen negatiivisesti imetyksen aloittamiseen. Kaikki vastanneet diabeetikkoäidit olivat olleet erossa lapsesta ainakin puolen vuorokauden ajan. Useimmissa tapauksissa lapsesta oltiin erossa useita vuorokausia. Kukaan tutkittavista ei kertonut, että häntä olisi kannustettu viettämään aikaa lapsensa luona, äidin ja lapsen ollessaan eri osastoilla. Ainoastaan yksi vastaaja oli saanut kokea ensi-imetyksen vauvan ensimmäisen elinvuorokauden aikana. Muiden kohdalla ensi-imetys tapahtui vauvan ollessa 2-5 vuorokauden ikäinen. Yhden vastaajan kohdalla ensi-imetys tapahtui vasta vauvan ollessa kahden kuukauden ikäinen. Ensi-imetyksen ajankohta tuli esille yhdeksässä kertomuksessa.

" Sain vauvan vierihoitoon 5.päivänä sektiosta ja silloin imetystä kokeiltiin ekan kerran."

" Sain pojan synnytyksen jälkeen pariaksi tunniksi rinnalle, mutta sen jälkeen poika vietiin vastasyntyneiden vuodeosastolle. Maito nousi rajusti pari päivää synnytyksestä, mutta en saannut kokeilla imetystä ennen kuin viidentenä päivänä."

" sai sairaalassa pullosta maitoa. Ei tahtonut huolia tissiä suuhunsa"

" Maito nousi itselläni vasta neljäntenä päivänä ja imetys ei sujunut koko sairaala aikana..... kotiin lähdin, kuin väsyin pyytämään apua ja huomasin etten sitä tule saamaan."

" Mieheni hoiti minua ja lasta. Hormoonit heittelivät sokereita todella kovasti."

" Vauva oli 1,5 viikkoa tehohoidossa. Minä itkin ja pumpppasin ja ajelin taksilla kodin ja sairaalan väliä. Sain saman viruksen (rsv) enkä päässyt vauvaa katsomaan, maidontulo tyrehtyi, vauva oli nenämahaletkussa reilun viikon."

" Imetyksen lähdettyä käyntiin ei ollut ongelmia imettämässä."

Kahdessatoista kertomuksessa kävi ilmi synnytystapa. Kymmenen diabeetikkoäitien lapsista oli syntynyt sektiolla, ja kaksi alatiesynnytyksellä. Kolmessa kertomuksessa synnytystapaa ei mainittu lainkaan. Yhdestäkään kertomuksesta ei käynyt ilmi syntyneen lapsen mahdollinen epämuodostuma tai vammaisuus. Maidonnousun ajankohta tuli esille yhdeksässä kertomuksessa. Näiden vastaajien kertomuksissa maito oli noussut rintoihin keskimäärin 4 päivänä

synnytyksestä. Vaihteluväli oli kuitenkin suhteellisen suuri, 1-10 päivää. Kymmenen lapsen kohdalla äidit kokivat maidonerityksen runsaana. Imetyksen lisäksi nämä äidit olivat joutuneet myös pumppaamaan maitoa.

" Kaikki lapseni (3) syntyivät sektiolla "

" Maitoa tuli niin hirveästi, että rinnat piti lypsää puolityhjiksi ennen imetystä, ettei lapsi parka olisi hukkunut maitoon! Siinäpä sitten tienasin ihan mukavat rahat, kun luovutin maitoa läheiseen sairaalaan. "

" Mutta kaikkienensa sektiosta meni reilu kaksi viikkoa ennen kun maito nousi kunnolla rintoihin. "

" Maidontuotanto on ollut valtaisa. Maitoa tulee suihkuamalla...pakastin rintamaitoa litroja...jotka meni hukkaan. "

" Osastolla neuvottiin heti pumpun käyttö ja sitä todella tarvittiin koska kun maito lähti nousemaan kolmantena päivänä sektion jälkeen niin sitä tuli aivan järkyttävän paljon. "

Kaikkien vastaajien lapsille oli sairaalassa annettu lisämaitoa enemmän tai vähemmän. Tämän koettiin vaikuttaneen imetyksen alkutaipaleeseen negatiivisesti. Seitsemässä kertomuksessa oli maininta lisämaidon antamisesta imetyksen rinnalla myös kotioloissa. Kiinteiden ruokien aloitus ajankohta tuli esille yhdeksässä kertomuksessa. Keskimäärin kiinteiden ruokien antaminen oli aloitettu vauvan ollessa reilun viiden kuukauden ikäinen.

" Korviketta lapsi sai koko imetyksen ajan, mutta määränä se oli melko vähäinen. "

" Lähinnä minun ihoani säästääksemme annoimme pojalle koko imetysajan kerran päivässä pienen määrän korviketta. "

" Korviketta annoin joka päivä 0,5-2dl... Imetin kaksi, kolme kertaa päivässä, lisäruuat aloitin 4,5kk iässä. "

" Lisäruuat aloitin vasta lapsen ollessa puolivuotias. "

Osa tutkittavista imetti lastaan vielä opinnäytetyömme aineistonkeruun aikana. Suurin osa vastanneista oli kuitenkin jo lopettanut imetyksen kertoessaan omista kokemuksistaan kes-

kustelupalstalla. Yhdessätoista kertomuksessa tuli esille imetysajan kesto. Keskimäärin imetys oli jatkunut kymmenen kuukauden ajan. Imetyksen kesto tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kesken vaihteli muutamasta kuukaudesta, jopa puolentoista vuoden ikään asti. Osa tutkittavista oli kokenut imetyksen lopettamisen helpottavana asiana. Muutamassa kertomuksessa selvisi, ettei imetyksen lopettaminenkaan saanut maidoneritystä loppumaan.

" Elämä alkoi taas, samoin kiintymyksen vauvaa kohtaan, kun lopetin imetyksen. Mieleton väsymys väistyi ja sain sokerit kuosiin melko nopeasti."

" ...nyt mä lopetan tän ja annan itteeni päästä tästä ees helpolla...Voi taivas miten helpoa pulloruokinta on."

" Imetyksen lopettaminen vei aikansa ja maitoa tuli monta vuotta imetyksen lopettamisen jälkeen."

7.2 Imetyksen vaikutus hoitotasapainoon

Kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat kokeneet imetyksen vaikuttavan hoitotasapainoon huomattavasti. Heti synnytyksen jälkeen moni oli kokenut ensin hormoonitoiminnan muutoksesta johtuvaa sokeritasapainon heittelyä. Myöhemmässä vaiheessa sokeritasapainon nopeakin vaihtelu johtui imetyksestä ja maidonerityksestä. Jotkut vastaajat olivat myös kokeneet ennen kokemattomia oireita sokeritasapainon vaihteluun liittyen.

" sokereiden kanssa oli tosi paljon vaikeuksia, yllättäviä hypoja ja sokkeja oli paljon... Hankalinta oli se, että hypot tulivat 1h - 24h imetyksestä, täysin mahdotonta ennakoida siis."

" Hormoonit heittelivät sokereita todella kovasti. Uutta oli että korkeista sain kamalan päänsäryn ja matalat saivat pääni aivan jumiin, kun ennen näin ei ollut."

"Kova maidoneritys tietysti (?) aiheutti matalaa verensokeria. Aika monesti tuli pörrättyä hypoissansa."

" sokereissa ei ollut järjen hiventä."

" Vauvan syntymän jälkeen imetysaika oli varsinaista vuoristorataa."

" Koko tuona aikana en saannut sokereihin mitään järkeä. Hypoja oli valtavasti!!!"

Suurin osa vastaajista oli joutunut vähentämään insuliinimääriä roimasti insuliinivalmisteesta riippumatta. Kaksi vastaajaa kertoi kuitenkin insuliinintarpeen pysyneen suhteellisen samana imetyksen aikana, verrattuna aikaan ennen raskautta. Yhdessäkään kertomuksessa ei käynyt ilmi insuliiniannoksen määrä, eikä kukaan vastaajista kertonut käyttävänsä insuliinipumppua. Insuliinin vähennyksestä huolimatta hypoglykemiat olivat vastaajilla olleet hyvin yleisiä imetyksen aikana, ja osa oli joutunut jopa sokkiin. Sokeritasapainon heittälyssä hypoglykemiat olivat tutkittavien suurin ongelma, ja ne olivat joidenkin kohdalla tuottaneet jopa hyvin vaarallisia tilanteita. Korkeat verensokeriarvot olivat enemmänkin vastaajien päämäärä, kun heidän ongelmansa. Muutaman vastaajan kohdalla silmäpohjamuutokset olivat raskauden ja imetysajan aikana olleet huomattavia, ja niitä oli hoidettu laserhoidolla imetyksen päätyttyä.

" Imetys vaikutti perusinsuliini tarpeeseen huomattavasti."

" insullinia minulla meni noin puolet raskautta edeltävästä määrästä. Ateriainsuliineja en pistänyt juuri ollenkaan"

" Insuliinin tarpeeni oli imetyksen alkuaikoina lähes olematon."

"Hypoja oli runsaasti. Söin valtavia määriä eteenkin suklaata... joskus imetyksen jälkeen jalat eivät tahtoneet kantaa, niin voimakas hypo tuli."

" Alkoi tulla liikaa vaarallisia tilanteita... puolessa tunnissa sokerit laskeneet 12 alle 2 ja olin ajanut kotiin autolla. Mitään muistikuvaa ei matkasta ole. Kotona aikani ruokaa mätettyäni tajusin auton olevan käynnissä ja lapsen kyydissä."

Moni oli kokenut sokeritasapainon heittelyn kovimpana imetysajan alkuvaiheessa. Koko imetysaika oli kuitenkin lähes kaikilla ollut jatkuvaa tasapainon hakemista verensokereiden ja insuliinintarpeen suhteen. Usean vastaajan kohdalla kävi ilmi, että juuri kun jonkinlainen tasapaino oli saavutettu, jokin osatekijä muutti sen ja tasapaino oli taas haettava uudelleen. Myös suositellusta ruokavaliosta ja ruokailurytmistä oli muutaman vastaajan mukaan vaikea pitää kiinni imetysaikana, koska heidän huomionsa kiinnittyi lapseen ja sen hoitamiseen. Monen tutkittavan kohdalla pysyvämpi sokeri- ja hoitotasapaino löytyi vasta imetyksen päätyttyä, ja usean vastaajan kohdalla insuliinintarve palautui vähintään raskautta edeltäneelle tasolle. Kerätyn aineiston perusteella imetyksen vaikutus hoitotasapainoon on kiistaton.

" insuliinintarve romahti aika lailla imetyksen aikan ja insuliinimäärien justeeraamisessa oli välillä aika homma."

" verensokerit olivat hyvin heittelevät imetyksen keston ajan, sen jälkeen ne olivat hiukan tasaisemmat mutta korkeahkot."

" oma kokemus on tosiaan ollut se, että diabetes on raskaus- ja imetysaikana todella yllättävä, just kun on oppinut tuntemaan taudin ja ennakoimaan tilanteita, niin kaikki heittää kuperkeikkaa."

" Insuliinintarve kasvoi pikkuhiljaa imetyksen lopettamisen jälkeen ja kesti useita kuukausia ennen kun sain pitkävaikutteisen määrän kohdalleen."

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimustuloksista tehtävät johtopäätökset ovat käytännön ja teorian kehittämisen kannalta tutkimuksen tärkein osa. Johtopäätösten esittämisessä on huolehdittava siitä, että päätelmät tehdään siten, että ne perustuvat tutkimustuloksiin. Tutkimuksen tuloksia verrataan tutkimusongelmiin. Mikäli tulokset tukevat odotuksia, ovat ne helposti selitettävissä. Mikäli tulokset ovat ristiriidassa odotusten kanssa, tutkija hakee vaihtoehtoisia selityksiä. Tutkimustuloksia voidaan tulkita myös vertaamalla niitä aikaisempien tutkimusten tuloksiin ja teoriaan. Kaikkiin esitettyihin kysymyksiin tutkimus antaa harvoin vastauksen. Esille nousee lisäkysymyksiä ja jatkotutkimusaiheita (Krause & Kiikkala 1996, 128-129).

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten tyypin 1 diabeetikkoäidit ovat kokeneet imetyksen, ja miten imetys on vaikuttanut diabeteksen hoitotasapainoon. Nämä olivat myös opinnäytetyömme tutkimuskysymykset. Lisäksi kertyi myös tietoa siitä, mitkä seikat ovat näihin kokemuksiin vaikuttaneet, ja mitä kokemukset ovat aiheuttaneet. Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan diabeetikkoäidit ovat kokeneet imetyksen kokonaisuudessaan positiivisena. Kaikkien kohdalla on kuitenkin ilmennyt ongelmia, jotka ovat aiheuttaneet myös huonoja kokemuksia.

Yhdeksän kahdestatoista tutkittavasta koki tai oli kokenut imettämisen positiivisena, ja antoisana aikana. Positiiviset kokemukset pohjautuivat onnistuneeseen ja suhteellisen nopeaan imetyksen aloittamiseen, imetyksen helppouteen, sekä onnistumisen kokemuksiin äitinä ja imettäjänä alun vaikeuksista huolimatta. Positiivisena asiana koettiin myös ylöpyden ja korvaamattomuuden tunteet lasta imetettäessä. Teorian mukaan imettäminen koetaan parhaimmillaan rauhoittavana tilanteena, jossa vauva ja äiti ovat vuorovaikutuksessa keskenään, ja nauttivat yhteisestä ajasta (Koski ym. 2007, 8).

Kolmessa kertomuksessa tuli ilmi huonoja kokemuksia imetysajasta. Huonoista kokemuksista huolimatta imetystä oli jatkettu. Huonot kokemukset aiheutuivat ristiriitaisten neuvojen saamisesta sekä tuen, neuvojen ja imetysohjeuksen puutteesta, lisämaidon antamisesta sairaalassa, verensokereiden voimakkaasta vaihtelusta, hoitohenkilöstön tietämättömyydestä ja muiden ihmisten kommentteista. Tuoreen tutkimuksen mukaan terveydenhoitajien asenteet imetykseen ovat pääosin myönteisiä, ja terveydenhoitajat ovat suhteellisen kiinnostuneita imetykseen liittyvistä asioista. Terveydenhoitajat, jotka työskentelivät päivittäin imettävien äitien parissa, olivat myönteisemmin asennoituneita kuin harvemmin työskentelevät. Kansallisiin imetyssuosituksiin verraten terveydenhoitajien ohjauksessa ja tiedossa löytyy edelleen tutkimuksen mukaan puutteita. (Kurko 2009, 45-46.) Hannulan mukaan riittävä ohjaus maidonerityksen ylläpitämisestä ja imetyksestä ovat yhteydessä hyvään imetyksestä selviämiseen (Hannula 2003, 100-106). Koskisen mukaan ammattitaitoinen imetysohjaus on erityisen tärkeää diabeetikkoäideille, imetyksen optimoimiseksi (Koskinen 2008, 133). Tämän opinnäytetyön tutkimuksen mukaan jotkut tutkittavat ovat kokeneet imetysohjauksen puutteelliseksi, mikä on johtanut ongelmiin. Opinnäytetyössämme kahdesta kertomuksesta tuli selkeästi esille hoitohenkilöstön suuri vaikutus imetyksen onnistumiseen. Imetyksen aloittamiseen ja jatkamiseen vaikuttavat tutkimuksen mukaan voimakkaasti terveydenhuollon ammattilaisten antama tuki sekä kokonaisuudessaan terveydenhuollossa käytössä olevat hoitokäytännöt (Aittokoski ym. 2009, 88).

Opinnäytetyömme tutkimuksessa imetyksen alkua oli koettu enemmän tai vähemmän vaikeana. Ongelmien kokemiseen vaikuttivat lapsen tai vanhemman sairastuminen, diabeteksesta johtuvat ongelmat, ero lapsesta synnytyksen jälkeisinä päivinä, lapsen jääminen sairaalahoitoon äidin kotiuduttua, ensi-imetyksen viivästyminen sekä neuvon, tuen ja imetysohjauksen puute, lisämaidon saanti, sekä maidonnousun viivästyminen. Tuoreen Terveyden ja Hyvinvoinninlaitoksen julkistaman toimintaohjelman mukaan kaikilla vauvaperheiden kanssa työskentelevillä tulisi olla vähintään imetysohjaajan koulutus (Hannula ym. 2009, 5). Opinnäytetyömme perusteella tämän suosituksen toteutuminen olisi suotavaa, sillä tällöin myös diabeetikko äitien kokemat ongelmat mahdollisesti vähentyisivät. Vastasyntyneen lapsen tarkka

seuranta on tarpeen heti synnytyksen jälkeen. Mahdollisten komplikaatioiden vuoksi diabeetikkoäidin lasta seurataan tehostetusti hänen ensimmäisen elinvuorokauden ajan. Diabeetikkoäidit kokevat lapsen siirtymisen valvontaosastolle ja äidin oman, samanaikaisen siirtymisen synnyttäneiden osastolle hyvin raskaana. (Raskausdiabetes 2008, 1566-1567.) Kaikki tutkimukseemme osallistuneet äidit olivat olleet erossa lapsestaan ainakin puolen vuorokauden ajan. Useimmissa tapauksissa ero lapsesta oli jopa useita vuorokausia. Äidit kokivat tämän aiheuttavan ongelmia imetyksen alkuvaiheessa. Koskinen suosittelee, että lasta imetettäisiin kerran tunnissa tämän neljän ensimmäisen elintunnin aikana ja tämän jälkeen vähintään kahden kolmen tunnin välein (Koskinen 2008, 133). Tässä opinnäytetyössä tutkittavina olleiden kohdalla tämä ei ole onnistunut pitkittyneen eron takia. Ero lapsesta toi myös huonoja kokemuksia. Koskisen mukaan äitiä tulisi kannustaa viettämään aikaa lapsensa luonna, mikäli lapsi on jouduttu siirtämään lastenosastolle hoidettavaksi. Osastolla tulisi myös järjestää mahdollisuus, niin ihokontaktin toteuttamiseen, kun imetykseenkin. (Koskinen 2008, 133.) Opinnäytetyömme tutkimukseen osallistuneita äitejä ei ollut kannustettu tähän, vaan yhteistä aikaa lapsen kanssa saatiin vasta lapsen siirtyessä äidin kanssa samalle osastolle. Mikäli lapsi ei ime rintaa, äitiä tulee ohjata lypsämään rintaa ja antamaan maitoa vauvalle lusikalla, ruiskulla, kupista tai tuttupullosta (Koskinen 2008, 133). Opinnäytetyömme analysoitavasta aineistosta ei tämänlaisista kokemuksista ollut mainintaa.

Yhdeksässä kertomuksessa ensi-imetyksen ajankohta tuli ilmi. Ainoastaan yhden kohdalla ensi-imetys oli tapahtunut vauvan ensimmäisen elinvuorokauden aikana, muiden kohdalla tämä tapahtui vauvan ollessa 2-5 vuorokauden ikäinen. Yhden vastaajan kohdalla ensi-imetys tapahtui vasta lapsen ollessa kahden kuukauden ikäinen. Äidinmaidon ravintosisällön vuoksi ensi-imetys pyritään järjestämään heti lapsen syntymän jälkeen. Ensi-imetyksen kautta maidoneritys käynnistyy ja imemisen opettelu helpottuu. Varhaisimetys nostaa myös luonnollisella tavalla vauvan synnytyksen aikana laskenutta verensokeria. (Eskola & Hytönen 2002, 268.) Imetys synnytyksen jälkeisinä päivinä vähentää jälkivuodon määrää ja nopeuttaa synnytyksestä toipumista (Armanto & Koistinen 2007, 194). Diabeetikkoäitien kohdalla ensi-imetyksen tulisi tapahtua tunnin sisällä lapsen syntymästä (Koskinen 2008, 133). Tutkimustulostemme mukaan ensi-imetys on kuitenkin siirtynyt usean vuorokauden päähän synnytyksestä. Hannulan mukaan positiivinen ja onnistunut ensi-imetys on yhteydessä hyvään imetyksestä selviytymiseen ja tätä kautta riski lisämaidon antamiseen pienenee (Hannula 2003, 100-102).

Kolme diabeetikkoäitien lapsista oli päässyt äitinsä rinnalle heti syntymän jälkeen, näistä kaksi kuitenkin vain muutamaksi minuutiksi. Muut tutkimukseemme vastanneet diabeetikkoäidit eivät saaneet lastaan rinnalle heti tämän synnyttyä. Teoriassa kerrotaan, että diabe-

tikkoäidin lapsi saa olla rinnalla heti syntymän jälkeen, mikäli lapsen vointi sen sallii (raskausdiabetes 2008, 1566-1567). Diabeetikkoäitien lasten on erityisen tärkeää päästä välittömästi syntymän jälkeen ihokontaktiin äitinsä kanssa. Ihokontaktin avulla lapsen verensokeria voidaan ylläpitää sopivalla tasolla. (Koskinen 2008, 133.) Tutkimusaineiston analyysin mukaan rinnalle pääseminen on tutkimukseen osallistuneiden kesken kuitenkin toteutunut huonosti.

Synnytystapa tuli ilmi kahdessatoista kertomuksessa, näistä kymmenen oli synnyttänyt keisarinleikkauksella ja kaksi tavanomaisella alatiesynnytyksellä. Teorian mukaan tyypin 1 diabeetikoiden lapsista noin 2/3 syntyy sektiolla (Ilanne-Parikka ym. 2003, 342). Opinnäytetyömme tutkimukseen osallistuneiden kesken keisarinleikkausten osuus on kuitenkin ollut huomattavasti suurempi. Äidin keisarinleikkaus lisää lapselle annettavan lisämaidon määrää (Hannula 2003, 104). Wallbyn vuonna 2009 tekemän tutkimuksen mukaan synnytystapa vähentää imeytysajan pituutta 1-2 % (Wallby 2009, 1799-1800). Lapsen epämuodostumasta tai vammaisuudesta ei kerrottu käytössämme olleessa aineistossa. Diabeetikon korkea verensokeritasapaino raskauden ensimmäisellä kolmanneksella lisää sikiön epämuodostumavaaraa (Helminen & Viteli-Hietanen 2002, 28-29). Tämän perusteella voisi olettaa, että opinnäytetyömme tutkimukseen osallistuneiden hoitotasapaino raskauden aikana on ollut suhteellisen hyvä.

Yhdeksässä kertomuksessa kerrottiin maidonnousun ajankohdasta. Näiden kertomusten perusteella maito oli noussut rintoihin 4 päivän kuluttua synnytyksestä. Maidonnousun vaihteluväli oli kuitenkin suhteellisen suuri, 1-10 päivää. Eskolan & Hytösen mukaan maidonnousu tapahtuu keskimäärin 2-4 vuorokauden kuluttua synnytyksestä (Eskola & Hytönen 2002, 267). Tästä voisi päätellä, että tutkimukseemme osallistuneiden diabeetikkoäitien kohdalla maidonnousun ajankohta viivästyi, keskimääräisestä maidonnousun ajankohdasta muutamalla päivällä. Huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes saattaa hidastaa maidonnousua synnytyksen jälkeen. Tiheät imetykset ja stressin minimoiminen ihokontaktin avulla saavat kuitenkin äidin maidonerityksen käynnistymään. Diabeetikkoäitien tulisi imettää 10-12 kertaa vuorokaudessa maidonnousuun asti. (Koskinen 2008, 133.) Lapsen ja äidin välisen pitkittyneen eron ja ihokontaktin puuttumisen johdosta, tämä ei opinnäytetyömme tutkimukseen osallistuneiden äitien kohdalla toteutunut, joten viivästynyt maidonnousu voi johtua tästä. Koska diabeetikkoäideillä on riski varsinaisen maidonerityksen käynnistymisen viivästymiseen, äidit tarvitsevat ammattitaitoista imetysohjausta imetyksen optimoimiseksi (Koskinen 2008, 133). Opinnäytetyömme tutkimuksen perusteella äidit olivat kuitenkin kokeneet imetysohjauksen puutteellisenä.

Kaikkien diabeetikkoäitien lapset olivat saaneet sairaalassa lisämaitoa, ja tämän koettiin vaikuttaneen imetyksen aloittamiseen negatiivisesti. Koskisen mukaan äidinmaidonkorvikkeen anto tulisi olla viimeinen vaihtoehto lapsen verensokerin ylläpitämiseksi (Koskinen 2008, 133). Seitsemässä kertomuksessa kävi ilmi, että lisämaitoa oli annettu myös kotona imetyksen rinnalla. Tämä on ristiriitaista sen kanssa, että kymmenen lapsen kohdalla äidit kertoivat maidonerityksen olleen runsasta, imetyksen lisäksi he olivat joutuneet pumppaamaan maitoa. Tutkimuksen mukaan lisämaidon antaminen sairaalassa lähes joka syötöllä pienentää imetyksen jatkumisen todennäköisyyttä siten, että imetys tuskin jatkuu puolta vuotta pidempään. Saman tutkimuksen mukaan, lapsen saamaa lisämaidon määrää, imetyksen ohessa, vähensivät kokoaikainen vierihoito sairaalassa, sairaalan vauva myönteisyys, osaston hoitajien runsas osallistuminen imetysohjaaja koulutukseen, sekä ennalta määrätty omahoitaja sairaalassa olon aikana. (Hannula 2003, 100-106.) Kiinteiden ruokien aloitusajankohdasta kerrottiin opinnäytetyömme tutkimuksessa yhdeksässä kertomuksessa. Keskimäärin kiinteiden ruokien antaminen oli aloitettu lapsen ollessa reilun viiden kuukauden ikäinen.

Yhdestätoista kertomuksesta kävi ilmi imetysajan kesto. Imetys oli jatkunut keskimäärin kymmenen kuukauden ajan, mutta imetyksen kesto vaihteli muutamasta kuukaudesta, jopa puolentoista vuoden ikään. Osa tutkittavista kuitenkin imetti vielä tutkimuksen aikana. Sosi- ja terveysministeriö suosittelee osittaisen imetyksen jatkuvan vuoden ikään asti. Tällöin saavutetaan imetyksen edut parhaiten (Armanto & Koistinen 2007, 194). Tässä diabeetikkoäideillä olisi näin ollen vielä hieman parantamisen varaa, vaikka ovatkin monista ongelmista huolimatta imettäneet kohtalaisen pitkään. Toisaalta Teramon mukaan diabeetikkoäitejä rohkaistaan imettämään suhteellisen pitkään, ainakin 6-9 kuukautta, hänen arvionsa mukaan tämä onnistuu heikommin kuin terveillä äideillä (Teramo 2007). Opinnäytetyömme tutkimukseen osallistuneiden kesken tämä suositus on kuitenkin täytetty, ja jopa ylitetty. Diabeetikkoäitien imettämisen lopettamisen syynä pidetään maidon loppumista (Teramo 2007). Tässä opinnäytetyön tutkimuksessa muutamassa kertomuksessa on kuitenkin kerrottu valtaisasta maidontuotannosta. Edes omasta päätöksestä tehty imetyksen lopettaminen ei saanut maidoneritystä loppumaan.

Kerätyn aineiston perusteella imetyksen vaikutus diabeteksen hoitotasapainoon on kiistaton. Kaikki vastanneet olivat kokeneet imetyksen vaikuttavan hoitotasapainoon huomattavalla tavalla. Heti synnytyksen jälkeen moni oli kokenut sokeritasapainon heittelyä, joka aiheutuu hormonitoiminnan muutoksesta. Myöhemmässä vaiheessa sokeritasapainon nopeakin vaihtelu oli koettu johtuvan imetyksestä ja maidon erityksestä. Eräässä tieteellisessä artikkelissa on todettu diabeetikkoäitien olevan hyvässä hoidossa ja seurannassa raskauden ajan, mutta synnytyksen jälkeen seurannat vähentyvät huomattavasti (Savolainen 2008, 28-29). Seuran-

takäyntien tulisi sisältää HbA1c mittaamisen, painon seurannan, hypoglykemian ja hyperglykemian esiintyvyyden tarkastuksen ja insuliiniannosten läpikäymisen (Ilanne-Parikka ym. 2003, 64-67). Hyvä hoito edellyttää saumatonta yhteistyötä diabeetikon, hoitavan lääkärin ja diabeteshoitajan välillä. Diabeteksen alkuvaiheessa ja muutostilanteissa tämä tarkoittaa tiedon jakamista ja neuvojen antamista, kun diabeetikko kohtaa ja opettelee uusia asioita arkielämässään. (Helminen & Viteli-Hietanen 2002, 16-18.) Voisi päätellä, että myös diabeetikoiden hoitotasapaino-ongelmat voisivat osaltaan aiheutua vähentyneestä seurannasta synnytyksen jälkeen.

Insuliinivalmisteesta riippumatta suurin osa vastaajista oli tulosten perusteella joutunut vähentämään insuliiniannostaan. Suositusten mukaan hoidon muuttuessa verensokerioiden mittaamista suositellaan ennen ateriaa ja sen jälkeen (Ilanne-Parikka ym. 2003, 45-60). Lisäksi diabeetikoille suositellaan verensokerioiden mittaamista ainakin imetyksen jälkeen, sillä verensokeri saattaa imetyksestä johtuen laskea nopeasti (Koskinen 2008, 133-134). Suositusten mukaan ateriaa edeltävän verensokeriarvon tulisi olla 6-8mmol/l (Teramo 2007). Verensokerioiden tavoitearvoista tutkimukseemme osallistuneet olivat kuitenkin saaneet hyvin ristiriitaisia ja toisistaan poikkeavia ohjeita. Kahden kohdalla insuliinintarve oli kuitenkin pysynyt imetyksen aikana suhteellisen samana, verrattaessa aikaan ennen raskautta. Yhdessäkään kertomuksessa ei käynyt ilmi insuliiniannoksen määrä, eikä kukaan vastaajista kertonut käyttävänsä insuliinipumppua. Insuliinipumpun käyttö ei myöskään ole suotavaa raskauden, eikä imetyksen aikana (Ilanne-Parikka ym. 2003, 340).

Imetyksen aikana hypoglykemit koettiin tavallisina insuliinin vähennyksestä huolimatta. Suurimpana ongelmana sokeritasapainon heittäytymässä koettiin olevan hypoglykemit, eli liian matalat verensokeripitoisuudet, jotka olivat aiheuttaneet joillekin vastaajille jopa hengenvaarallisia tilanteita. Diabeetikkoäitiä neuvotaan syömään ylimääräinen välipala ennen jokaista imetystä hypoglykemioiden välttämiseksi (Teramo 2007). Hypoglykemioiden yleisyys imetysaikana välipaloista ja sokeritasapainon huolehtimisesta huolimatta, verrattaessa aikaan ennen raskautta, ovat kuitenkin olleet jo ennestään tiedossa (kts. Poirier & Coburn 1997) Diabeteksen ennalta arvaamaton käyttäytyminen oli tutkimukseemme osallistuneiden henkilöiden kohdalla koettu hyvin vaikeana, ja sekin oli osaltaan aiheuttanut hankaluuksia hoitotasapainon löytämisessä. Eräät vastaajat olivat kohdanneet ennenkokemattomia oireita sokeritasapainon vaihtelun yhteydessä. Monen kohdalla päämääränä olikin korkeiden verensokeriarvojen tavoittelu. Silmäpohjamuutokset saattavat pahentua varsinkin raskauden aikana (Diabeettinen retinopatia 2006, 1388). Muutaman vastaajan kohdalla silmäpohjamuutokset olivat raskauden ja imetyksen aikana olleet huomattavia, ja niitä oli hoidettu laserhoidolla imetyksen päätyttyä.

Hoitotasapainon saavuttaminen oli koettu hankalimpana imetysajan alkuvaiheessa. Lähes kaikilla tasapainon hakeminen verensokereiden ja insuliinitarpeen suhteen, oli jatkunut läpi imetysajan. Juuri kun jonkinlainen tasapaino oli saavutettu, jokin osatekijä muutti sen ja tasapaino oli haettava taas uudelleen. Myös oman suositellun ruokavalion ja ruokailurytmin toteuttaminen imetysaikana, oli muutaman vastaajan osalta koettu haastavana. Diabeetikolle omahoito ja hoitotasapainosta huolehtiminen tarkoittaa lääkityksestä huolehtimista, ruoan annostelua ja ateriarytmistä huolehtimista, terveyttä edistävien elämäntapojen ylläpitämistä, päivittäisiä hoitoratkaisuja sekä omaseurantaa (Ilanne-Parikka ym. 2003, 36). Jo tällaiseen tämä on haasteellista. Kun tähän lisätään vielä itse imetys, imetyksen tuomat isot haasteet diabeetikolle ja pienen lapsen hoitaminen, on diabeteksen hoitotasapainosta huolehtiminen entistäkin haasteellisempaa. Monen kohdalla pysyvämpi sokeri- ja hoitotasapaino löytyi vasta imetyksen päättymisen jälkeen, ja tällöin insuliinitarve palautui monen kohdalla raskautta edeltävälle tasolle.

8.2 Opinnäytetyön eettiset kysymykset

Tutkimuksen tekijälle tulee tutkimusprosessin aikana eteen monenlaisia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan, tai meidän tapauksessamme opinnäytetyön laatijoiden, on huomioitava. Tutkijan on noudatettava tutkimusta tehdessään hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta tutkimus olisi eettisesti hyväksyttävä. (Hirsjärvi ym. 2007, 23.) Tuomi J. & Sarajärvi A. (2004) ovat määritelleet hyvän tieteellisen käytännön Suomen Akatemia määritelmän mukaisesti, seuraavasti;

”Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa tiedeyhteisön tunnustaminen toimintatapojen noudattamista, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja tulosten esittämistä, muiden tutkijoiden työn ja saavutusten asianmukaista huomioonottamista, omien tulosten esittämistä oikeassa valossa sekä tieteen avoimuuden ja kontrolloitavuuden periaatteen kunnioittamista.”

Eettinen ajattelu on kyky pohtia sekä omien että muiden arvojen kautta sitä, mikä jossain tilanteessa on oikein tai väärin, hyväksyttävää tai ei hyväksyttävää. Lakien ja eettisten normien tunteminen auttaa ratkaisujen teossa, mutta tutkimustyössä tehtävistä ratkaisuista ja valinnoista vastaa aina tutkija itse. (Kuula 2006, 21.) Etiikka tarkastelee asioita moraalisesta näkökulmasta. Etiikan edellytys on, että asioihin on olemassa moraalinen näkökulma. Tämän takia etiikka ja moraalit liittyvät läheisesti toisiinsa, ja usein niillä ymmärretään samoja asioita. (Karjalainen ym. 2002, 42.) Eettisiä ratkaisuja joudutaan tutkimuksessa tekemään koko

tutkimusprosessin aikana ja sen kaikissa eri vaiheissa. Jo aiheen valinta ja tutkimuskysymysten muodostaminen ovat merkittäviä eettisiä ratkaisuja. (Kylmä & Juvakka 2007, 143-144.)

Tärkeimpiä eettisiä periaatteita ihmistieteissä ovat Hirsjärven ym. mukaan informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, yksityisyys ja seuraukset (Hirsjärvi ym. 2007, 19-20). Tutkimus ei saa missään vaiheessa vahingoittaa tai vaarantaa tutkittavaa tai tutkittavia fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Tutkimuksesta saatavan hyödyn on aina oltava isompi, kuin sen mahdollisesti aiheuttama haitta. Tutkittavia on myös tiedotettava tutkimuksen mahdollisista riskeistä ja osallistumisen ehdottomasta vapaaehtoisuudesta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 26-27.) Hirsjärvi ym. pitävät tutkimuksen muina tärkeinä eettisinä periaatteina epärehellisyyden välttämistä tutkimuksen kaikissa vaiheissa tarkoittaen, että tutkija ei saa tuottaa vääriä tietoja, eikä muuttaa faktoja tutkimuksessa. Tuloksia ei saa myöskään kaunistella, eikä tulosten raportointi saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Raportoinnissa tutkimusmenetelmät on myös selostettava rehellisesti. Lisäksi plagiointi on ehdottomasti kiellettyä pitäen sisällään, että tutkija ei saa plagioida myöskään itseään. (Hirsjärvi ym. 2007, 26-27.) Eettisyyden vaatimuksen vuoksi kaikki tutkimusprosessin vaiheet on myös selostettava raportissa (Uusitalo 2001, 31). Tässä opinnäytetyössä tutkimusprosessin vaiheet on pääpiirteittäin käsitelty kappaleessa 5 ja sen lisäksi tarkennettu omissa konteksteissaan.

Kuula määrittelee tutkimusetiikan tutkijoiden ammattietiikaksi, jota tutkijan tulisi noudattaa työssään eli tutkimusprosessissaan. Tutkimusetiikka ohjaa tutkijoita ja määrittää mihin arvoihin ja velvoitteisiin tutkijat ovat sitoutuneita. Tutkimusetiikan normit voidaan Kuulan mukaan jakaa ammattietiikan näkökulmasta kolmeen pääryhmään: totuuden etsimiseen ja tiedon luotettavuuden normeihin, tutkittavien ihmisarvoa ilmentäviin normeihin ja tutkijoiden keskinäisiä suhteita sisältäviin normeihin. Totuuden etsimisen ja tiedon luotettavuuden normit ohjaavat tutkijoita noudattamaan tieteellisen tutkimuksen menetelmiä, ja esittämään luotettavia tietoja ja tuloksia. Tutkittavien ihmisarvoa määrittävät normit korostavat tutkittavien itsemääräämisoikeutta, ja sen itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, sekä ohjaa tutkijoita tutkimuksesta aiheutuvan haitan välttämiseen. Tutkijoiden keskinäisiä suhteita sisältävät normit sisältävät ohjeita toisten tutkijoiden kunnioittamisesta ja huomioon ottamisesta. (Kuula 2006, 24.)

Tutkijalla on siis velvollisuuksia tutkittavia kohtaan. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta on pidettävä ehdottomasti kiinni. Tutkittavien perustietoja ja henkilöllisyyttä ei saa paljastaa muille, ja tulokset tulee raportoida niin, ettei niistä pystytä tunnistamaan yksittäisiä tutkimukseen osallistuneita henkilöitä. (Uusitalo 2001, 31.) Tutkimuksessa tutkitta-

vien salassa pitäminen voidaan toteuttaa eri tavoin, esimerkiksi viittaamalla tutkittaviin numeroilla, kirjaimilla tai fiktiivisillä nimillä. Tutkittavien kommenttien ja sitaattien käyttäminen tutkimusraportissa on tutkimuseettisesti monimutkainen kysymys, joka on ratkaistava tapauskohtaisesti. (Mäkinen 2006, 115.) Tutkittavien henkilöllisyyden salaaminen ei ole tässä opinnäytetyössä tuottanut ongelmia, sillä tutkittavat ovat itse luoneet keskustelupalstalle käyttäjänimensä. Käyttäjänimi toimii eräänlaisena suojana, sillä käyttäjänimen perusteella ei voida saada selville, kuka käyttäjänimen takana piilee. Jokainen vastaaja on omasta tahdostaan osallistunut opinnäytetyömme tutkimukseen, ja tehnyt tämän päätöksen kertoessaan oman tarinansa, täten osallistumisen vapaaehtoisuuden kriteeri täyttyy. Opinnäytetyösämme olemme käyttäneet runsaasti sitaatteja painottaaksemme tutkimustuloksiamme. Keskustelupalstalta on mahdollista tarkistaa, kuka on sanonut mitäkin, tutkittavat ovat kuitenkin oman käyttäjänimensä suojissa. Vaikka sitaattien käyttö tutkimusraportissa on tutkimuseettisesti monimutkainen kysymys, olemme silti päätyneet sitaattien käyttöön. Keskustelupalsta on avoin ja kertomukset ovat nähtävissä ilman tämän raportin lukemistakin.

Tutkijalle ehdoton puolueettomuus on tärkeää. Omat poliittiset sekä yhteiskunnalliset ja moraaliset näkökulmat on pidettävä erossa tutkimusprosessista, vaikka nämä voivat sinänsä vaikuttaa tutkimusaiheen ja näkökulman valintaan. Tutkijan tulisi myös pitää erillään varsinaiset tutkimustulokset, ja niitä koskevat omat tulkintansa ja johtopäätöksensä. (Uusitalo 2001, 29, 33.) Nämä ovat meidän kohdalla olleet sellaisia seikkoja, joita olemme joutuneet useasti pohtimaan ja pitämään tietoisesti mielessämme. Opinnäytetyön tutkimuksesta saadut tulokset, ja niistä tehdyt johtopäätökset olemme tässä raportissa käsitelleet erillisinä kappaleina. Tällä tavalla on varmistettu, etteivät tulokset ja johtopäätökset sekoitu keskenään. Toiselle meistä opinnäytetyön tekijöistä tämä tutkimusaihe on erittäin läheinen. Päätimme ratkaista asian niin, että molemmat opinnäytetyön tekijät työstivät ensin omat henkilökohtaiset analyysinsä kerätystä aineistosta. Tämän jälkeen, pohdinnan ja analysoinnin kautta, koottiin yksi yhteinen analyysi, näin taattiin, ettei toisen tutkijan henkilökohtainen kokemus vaikuttanut tutkimuksen tuloksiin. Henkilökohtaisissa analyyseissa oli paljon samansuuntaisia tuloksia. Tämä edesauttoi yhden yhtenäisen analyysin kokoamisessa.

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkitavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi uskottavuuden, vahvistet-

tavuuden, reflektiivisyyden tai siirrettävyyden avulla, tai yhdistelemällä näitä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Vilkan mukaan laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteerinä voidaan sen sijaan pitää tutkijaa itseään, hänen toimintaansa, rehellisyyttään sekä tutkijan tutkimuksessaan tekemiä valintoja ja ratkaisuja (Vilkkä 2005, 159). Metsämuuronen vahvistaa tätä näkökulmaa sanomalla, että laadullinen tutkimusprosessi on pitkälti tutkijan omaan intuition, tulkintaan, järjestykseen, yhdistämis- ja luokittamisvalmiuksiin perustuva, ja tämän takia on myös mahdollista tehdä huonoa laadullista tutkimusta (Metsämuuronen 2003, 161).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole luotu yhtä selkeitä kriteerejä kuin määrälliselle tutkimukselle. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto ei niinkään pyri olemaan edustava otos perusjoukosta, ja yhdessäkin tutkimuksessa voidaan käyttää useita eri aineistoja. Laadullisen tutkimuksen pohjalta tuotettu tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkemys, jossa ovat mukana hänen omat tunteensa ja intuitionsa. Täten tulkinta ei ole toistettavissa, eikä siirrettävissä toiseen kokonaisuuteen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 215.)

Laadullisen tutkimuksen tulokset ovat aina yleistäviä. Ihmistutkimukset, kuten meillä tässä opinnäytetyössämme, ja fenomenologinen lähestymistapa vieraannuttavat pois yksilöllisestä olemassaolosta, ja siten tietyssä mielessä myös vääristävät tutkittavaa ilmiötä. (Rauhala 2005, 112.) Vaikka, kuten jo aikaisemmin mainittiin, fenomenologia sallii myös ainutkertaisuuden ja ainutlaatuisuuden (Aaltola & Valli 2007, 30).

Fenomenologisessa tutkimuksessa tutkijan on harjoitettava jatkuvaa itsensä tarkkailua, jotta hän ei sekottaisi omia kokemuksiaan tutkittavan kokemuksiin (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 155). Tutkijan on pyrittävä tietoisesti sulkemaan omat ennakkokäsityksensä pois tutkittavasta ilmiöstä. Oma tapa ymmärtää tutkittavaa ilmiötä vaikuttaa kuitenkin koajan tutkimuksessa, jolloin myös tutkijan vastuullisuus tulee voimakkaasti esille. Vain itse tutkija voi kuitenkin viime kädessä arvioida vastuullisuuden toteuttamista. Fenomenologisessa tutkimuksessa yleiset laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit eivät sellaisenaan sovellu luotettavuuden arviointiin, vaan ne on suhteutettava tutkittavaan ilmiöön. Fenomenologisen tutkimuksen laadullisuuteen vaikuttavat tutkijan vastuullisuus, tutkimusprosessin johdonmukaisuus, sekä tutkimusprosessin aineistolähtöisyys. (Janhonen & Nikkonen 2003, 154, 156-157.) Tässä opinnäytetyömme raportissa, ja myös koko tutkimusprosessin aikana olemme pyrkineet avoimuuteen ja ehdottomaan rehellisyyteen niin, etteivät omat mielipiteemme ja asenteemme vaikuttaisi tuloksiin, eikä tulosten raportointiin. Ennakkokäsitysten sulkeminen pois on ollut haasteellista. Toinen opinnäytetyömme tekijöistä on itse tyypin 1

diabeetikko ja hänellä on henkilökohtaista kokemusta imetyksestä. Tämän voidaan katsoa kenties huonontaneen opinnäytetyömme tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta tämä on ollut meille myös vahvuus, sillä henkilökohtaisella kokemuksella kykymme ymmärtää tutkittavien vastauksia ja kokemuksia on ollut huomattavasti parempaa.

Tutkimuksen luotettavuus vähenee jos tutkittava alue on liian suppea. Koska laadullisen tutkimuksen tavoitteena on selvittää tutkittavien omat näkemykset tutkittavasta ilmiöstä, liian suppea tutkittava alue saattaa estää tutkittavien omien näkemysten esille tuloa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 217.) Tässä opinnäytetyössä tutkittaviksi valittiin tyypin 1 diabeetikoita, jotka ovat joko imettäneet tai imettävät. Aineistoksi opinnäytetyöhämme halusimme avoimia kertomuksia siitä, miten nämä tyypin 1 diabeetikot ovat kokeneet, tai kokevat imetyksen ja miten imetys on vaikuttanut heidän hoitotasapainoonsa. Kertomuksien käyttö tutkimusainestona voidaan pitää eräänlaisena haastattelun alamuotona (Ruusuvaari & Tiittula 2005, 191). Avoimilla kertomuksilla pyrimme siihen, että kokemukset ja imetyksen vaikutus hoitotasapainoon tulisivat esille mahdollisimman laajasti kerätystä aineistosta, ja että tavoittelemamme aineiston muoto ei ainakaan rajoita vastaajien omien näkemysten esille tuloa, vaan tutkittavat kertovat kokemuksistaan juuri sellaisina kuin ne ovat. Saatekirjeessä selvitimme mahdollisimman tarkasti millaista tietoa kaipasimme: mitkä ovat opinnäytetyömme tutkimuskysymykset, ja minkälaisia ilmiötä tässä opinnäytetyön tutkimuksessa tutkimme. Pyrimme siihen, että emme johdattelisi tutkittavien vastauksia. Täten voisi sanoa, että saatekirjeemme toimi meidän kohdallamme eräänlaisena haastattelurunkona. Kysymysten esittely tällaisessa muodossa lisää opinnäytetyömme luotettavuutta, sillä kysymykset ovat esitysmuodossaan samanlaisia kaikille tutkittaville, ja siihen eivät vaikuta esimerkiksi äänenpainot tai tauot sanojen välillä (Aaltola & Valli 2001, 101).

Keskustelupalstan käyttöä aineistonkeruumenetelmänä voidaan pitää opinnäytetyömme tutkimuksen luotettavuuden kannalta arveluttavana. Keskustelupalsta on kaikille avoin. Emme voi varmistaa ovatko kaikki tutkimukseemme osallistuneet henkilöt tyypin 1 diabeetikoita, ja ovatko he todella imettäneet. Tämä seikka alentaa tutkimuksemme luotettavuutta. Kertyneestä aineistosta huomaa kuitenkin, että vastaajat ovat oikeasti perehtyneet aiheeseen ja samantyyppiset kokemukset ja ongelmat toistuvat kertomuksesta toiseen. Opinnäytetyömme tutkimuksen luotettavuutta nostaa se, että kyseessä on hyvin spesifi aihe: on hyvin vaikea ottaa kantaa, mikäli aitoa kokemusta ei ole. Aineistonhankintamenetelmä antoi vastaajille mahdollisuuden osallistua tutkimukseen parhaiten sopivana ajankohtana, omassa tutussa ympäristössä. Vastaajille tarjoutui mahdollisuus pohtia vastaustaan rauhassa. Opinnäytetyömme luotettavuutta nostaa myös se, ettemme ole olemuksellamme emmekä läsnäolollamme vaikuttaneet saamiimme kertomuksiin ja vastauksiin, kuten perinteisessä haastattelussa.

tilanteessa herkästi käy. Aineistokeruumenetelmämme takasi meille myös valmiin aineiston, jota meidän ei tarvittu muunnella eikä litteroida, mikä puolestaan myös nostaa opinnäytetyömme tutkimuksen luotettavuutta.

Luotettavuutta on perinteisesti kuvattu kahdella termillä; reliabiliteetilla ja validiteetilla (Metsämuuronen 2003, 86). Tutkimuksessa reliabiliteetillä tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta, ei sattumanvaraisuutta. Validiteetillä tarkoitetaan mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoitus mitata. (Uusitalo 2001, 84.) Usein validiteetti jaetaan vielä ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, että onko kyseinen tutkimus yleistävissä ja jos, niin mihin ryhmiin. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen omaa sisäistä luotettavuutta. (Metsämuuronen 2003, 86.) Tutkimus on onnistunut jos sen avulla saadaan luotettavia vastauksia tutkimuskysymyksiin (Uusitalo 2001, 84). Laadullisessa tutkimuksessa reliaabelius koskee lähinnä aineiston laatua, ja kuinka luotettavaa tutkijan toiminta ja analyysi materiaalista on ollut. Reliaabelius koskee laadullisessa tutkimuksessa myös sitä, onko kaikki käytettävissä oleva aineisto otettu huomioon, onko saadut tiedot kirjattu oikein ja että saadut tulokset kuvaavat tutkittavien ajatusmaailmaa mahdollisimman oikein ja tarkasti. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 188-189.) Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää miten imettäneet ja imettävät tyypin 1 diabeetikot ovat kokeneet imetyksen, ja miten imetys on vaikuttanut heidän hoitotasapainoonsa. Näihin kysymyksiin olemme kertyneestä aineistosta saaneet vastauksia, mikä kuvaa opinnäytetyömme tutkimuksen validiteettiä, eli pätevyyttä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. Kertomuksissa on myös tullut esille yhtenäisiä, tutkittavien kokemuksiin vaikuttaneita seikkoja, mikä vuorostaan perustelee fenomenologisen lähestymistapaamme, eli pyrkimystä selvittämään tutkittavien kokemuksia ja mitä näihin kokemuksiin ovat vaikuttaneet. Sitaattien käyttö osana opinnäytetyömme tutkimustulosten raportointia lisää vuorostaan opinnäytetyömme reliaabelisuutta.

Analyyysin luotettavuuden arvioimiseksi tutkijan tulee kirjata ja perustella omat luokitteluperusteensa (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 219). Tämän opinnäytetyön analyysissa kertomuksista poimittiin ensin opinnäytetyön tutkimuskysymysten pohjalta olennaisia asioita. Lukiessamme kertomuksia eli tutkimusaineistoamme, aineistosta nousi esille yhtenäisiä asioita tutkittavien kokemuksistaan. Näitä yhteneväisyyksiä kokosimme omiksi ryhmikseen, jotka vuorostaan luokittelimme. Yläluokiksi muodostuivat: positiiviset kokemukset, negatiiviset kokemukset, ongelmat, ensi-imetys, synnytystapa, maidonnousu, maidon eritys, lisämaidon antaminen, imetysajan kesto ja imetyksen vaikutus hoitotasapainoon.

8.4 Kehittämiskohteet käytännön työhön ja ehdotukset jatkotutkimuksille

Opinnäytetyömme tutkimustulosten perusteella tyypin 1 diabeetikkoäidit kokevat imetyksen kokonaisuudessaan positiivisena. Kaikkien kohdalla on kuitenkin ilmennyt ongelmia, jotka ovat aiheuttaneet myös huonoja kokemuksia. Positiiviset kokemukset pohjautuvat onnistuneeseen ja suhteellisen nopeaan imetyksen aloittamiseen, imetyksen helppouteen, onnistumisen kokemuksiin äitinä sekä ylpeyden ja korvaamattomuuden kokemuksiin. Huonot kokemukset aiheutuivat vuorostaan ristiriitaisten neuvojen saannista sekä tuen, neuvojen ja imetysohjauksen puutteesta, lisämaidon antamisesta sairaalassa, verensokereiden voimakkaasta vaihtelusta, hoitohenkilöstön tietämättömyydestä sekä muiden ihmisten kommenteista. Ongelmat olivat yhteydessä lapsen tai vanhemman sairastumiseen, äidin diabetekseen, eroon lapsesta ensimmäisinä synnytyksen jälkeisinä päivinä, lapsen jäämiseen sairaalaan äidin kotituduttua, neuvon, tuen ja imetysohjauksen puutteeseen, lisämaidon antoon, sekä maidonnousun viivästymiseen. Moni huonoihin kokemuksiin ja koettuihin ongelmiin liittyvistä tekijöistä vaikuttaisi olevan ennaltaehkäistävässä. Jatkossa olisi kenties aiheellista tutkia hoitohenkilökunnan näkemyksiä siitä, mistä tutkimuksessamme esille tulleet ongelmat ja huonot kokemukset ovat heidän mielestään aiheutuneet, ja mitä hoitohenkilökunta voisi omassa työssään tehdä toisin, jotta tällaisilta kokemuksilta välttyttäisiin. Jatkossa voisi myös tutkia miten tyypin 1 diabeetikoiden imetyskokemukset eroavat terveiden äitien imetyskokemuksista.

Tutkimuksessamme moni vastaaja oli kokenut maidonerityksen erittäin runsaana ja maitoa oli erittynyt jopa runsaasti yli lapsen tarpeen. Jatkotutkimuksena voisi selvittää onko diabeetikkoäideillä todellisuudessa runsaampi maidontuotanto kuin terveillä äideillä. Tällainen selvitys olisi kuitenkin hyvin pitkäkestoinen, ja vaatisi myös tutkimukseen osallistuvilta pitkäaikaista sitoutumista ja panostusta. Jatkotutkimusaiheeksi voisi miettiä myös diabeetikkojen imetyskokemusten vertaamista imetyssuosituksiin. Tällainen tutkimus toteutuisi todennäköisesti myös kirjallisuuskatsauksena. Monissa lähteissä on kerrottu imetyksen terveysvaikutuksista, joten mielenkiintoinen jatkotutkimus olisi selvittää johtuuko imetyksen terveysvaikutukset nimenomaan imetyksestä vai äidinmaidosta. Kaikki vastaajat olivat joutuneet olemaan erossa lapsestaan synnytyksen jälkeen. Jatkotutkimusehdotuksena voisi esittää, että selvitetäisiin miten ero lapsesta vaikuttaa maidonnousuun ja imetyksen onnistumiseen, ja johtuuko diabeetikkoäitien viivästynyt maidonnousu, jonka olemme tässä opinnäytetyön tutkimuksessa todenneet, viivästyneestä ensi-imetyksestä.

Käytännön työssä lapsen ja äidin erottamista toisistaan synnytyksen jälkeisinä päivinä tulisi minimoida. Lapsen pitäminen vierihoidossa vähentää lisämaidon antamista ja lisää onnistu-

neen imetyksen todennäköisyyttä. Kaikki diabeetikkoäitien vastasyntyneet lapset, tämän opinnäytetyön tutkimuksen valossa, olivat synnytyksen jälkeisinä päivinä saaneet lisämaitoa pullosta. Jatkossa voisikin tutkia, miten lisämaidon antaminen vaikuttaa oikeaoppisen imuotteen oppimiseen ja imetyksen onnistumiseen. Ehdotuksena käytännön työhön olisi diabeetikkoäitien ensi-imetyksen aikaistaminen. Kolostrum nostaa vastasyntyneen verensokeria, joka on laskenut paitsi synnytyksen aikana, niin diabeetikoiden lapsilla, myös synnytyksen jälkeen. Tällöin lisämaidon antamisen tarve myös vähentyisi. Lisämaidon määrän vähentämistä diabeetikkoäitien lapsille voisi pitää yleisenä tavoitteena, sillä lisämaidon antaminen huonontaa tutkitusti pitkän imetyksen todennäköisyyttä, ja diabeetikkoäidin lapsen verensokeria voidaan ylläpitää myös muilla keinoilla. Monet opinnäytetyömme tutkimukseen osallistuvista olivat kokeneet imetysohjauksen puutteellisena, mikä oli aiheuttanut, sekä ongelmia että huonoja kokemuksia. Tästä syystä hoitohenkilökunnan imetysohjaaja koulutuksen lisääminen olisi suotavaa, sillä riittävä ja asiantunteva ohjaus on erittäin tärkeää diabeetikkoäitien onnistuneen imetyksen kannalta.

Tämän tutkimuksen perusteella imetyksen vaikutus diabeetoksen hoitotasapainoon on kiistanalainen. Heti synnytyksen jälkeen vastaajat olivat kokeneet hormonitoiminnan muutoksesta johtuvaa sokeritasapainon heittelyä, ja myöhemmin imetyksestä ja maidonerityksestä johtuvaa muutosta hoitotasapainossa. Vastaajista suurin osa oli joutunut vähentämään insuliiniannoksiaan huomattavasti imetyksen ajaksi, ja silti hypoglykemit olivat imetyksen aikana yleisiä. Yhdenmukaisten hoitosuositusten kehittäminen imettäville diabeetikkoäideille olisi tärkeää kahdesta syystä; yhdenmukaisilla hoitosuosituksilla voitaisiin edesauttaa diabeetikoiden hoitotasapainon saavuttamista ja välttää hoitohenkilöiden antamia ristiriitaisia tietoja. Savolainen (2008) on jo aiemmin todennut tutkimuksessaan sen saman, minkä myös me olemme tämän opinnäytetyön yhteydessä tehdyn tutkimuksen perusteella havainneet: synnyttäneiden raskauden jälkeistä seurantaa tulisi tehostaa. Tämä on huomionarvoinen seikka, johon käytännön hoitotyössä täytyisi nyt puuttua ja johon tulisi reagoida. Kolmannella sektorilla voisi myös ajatella, että vertaistukipalvelun kehittäminen imettäville, tyypin 1 diabeetikkoäidille olisi tarpeen. Tällaiselle palvelulle olisi varmasti kysyntää.

LÄHTEET

- Aaltola J. & Valli R. 2001. Ikkunoita tutkimus metodeihin I – metodin valinta ja aineiston keuruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Aaltola J. & Valli R. 2007. Ikkunoita tutkimus metodeihin I – metodin valinta ja aineiston keuruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. WS Bookwell Oy. Juva. 2. painos.
- Aaltola J. & Valli R. 2007. Ikkunoita tutkimus metodeihin II – näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. WS Bookwell Oy. Juva. 2. painos.
- Aittokoski M., Huitti-Malka R. & Salokoski M. 2009. Imetyksen aika – uusi suomalainen imetyskirja. InPrint. Riika.
- Armanto A. & Koistinen P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. Kustannusyhtiö Tammi. Karisto Oy. Hämeenlinna. 1-2. painos.
- Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämisohjelma 2000-2010. 2000. Dehko raportti. Diabetesliitto. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Eskola J. & Suoranta J. 1998. Johdanto laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. 2. painos.
- Eskola K. & Hytönen E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. WSOY. Porvoo. 1. painos.
- Gordin D. 2006. Tyypin 1 diabeetikon raskausmyrkytys moninkertaistaa munuaistaudin vaaran. Diabetesliitto. Diabetes ja lääkäri 6/2006.
- Haapio S., Koski K., Koski P. & Paavilainen R. 2009. Perhevalmennus. WS Bookwell Oy. Porvoo.
- Hannula L., Kumpula M., Laakso J., Loppi K., Otronen K., Pelkonen M. & Virtanen S. 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa – toimintaohjelma 2009-2012. 2009. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. THL:n raportti 32/2009. Saatavana myös; <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98969f64-05de-41d9-9aa6-7e34d8d6d6ba>
- Hannula L. 2003. Imetysnäkömykset ja imetyksen toteutuminen. Turun yliopisto – väitöskirja. Yliopistopaino. Helsinki.
- Helminen T. & Viteli-Hietanen M. 2002. Typ 1 diabetes – vägledning för dig med juvenil diabetes. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Henkilötietolaki. 1999/523. Suomen sädöskokoelma. Helsinki.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu. 13. uudistettu painos.
- Hirsjärvi S. & Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.
- Ilanne-Parikka P., Kangas T., Kaprio E.A. & Rönnemaa T. 2003. Diabetes. Karisto Oy. Hämeenlinna. 2.-3. painos.

- Ivanoff P., Risku A., Kitinoja H., Vuori A. & Palo R. 2001. Hoidatko minua? - Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. WSOY. 3. painos.
- Janhonen S. & Nikkonen M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Juva. 2. painos.
- Karjalainen S., Launis V., Pelkonen R. & Pietarinen J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tammer - paino. Tampere.
- Koivula Liisa. 2009. Ehkäise synnytyksen jälkeinen masennus - puhu huolista, vaali mielenrauhaa. Diabetesliitto. Diabeteslehti 8/2009.
- Koski K., Koskinen K., Keskinen S. & Martikainen K. 2008. Imetys - yhteisen matkamme alku. Suomen kättilöliitto.
- Koskinen K. 2008. Imetysohjaus. Edita Prima. Helsinki.
- Krause K. & Kiikala I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.
- Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka - aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Kurko K-L. 2009. Terveystutkimuksen imetysasenteet. Kuopion yliopisto. Pro-gradu tutkielma - hoitotieteen laitos.
- Kylmä J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Metsämuuronen J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. 2. painos.
- Mäkinen O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.
- Niemi M. & Winell K. 2005. Diabetes Suomessa - esiintyvyys ja hoidon laadun vaihtelu. Stakes. Helsinki.
- Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. 2006. Hoitotieteen tutkimus metodiikka. WSOY. Porvoo.
- Poirier L. M. & Coburn K. M. Översättning Attvall S. Kvinnor och diabetes. ICA förlag. WS Bookwell. Finland.
- Rauhala L. 2005. Hermaneuttisen tieteenfilosofian analyysseja ja sovelluksia. Yliopistopaino. Helsinki.
- Reunanen A. 2006. Diabetes yleistyy Suomessa entistä kiivaammin - mutta diabeetikoiden ennuste paranee ja lisäsairauksien ilmaantuminen vähenee. Diabetesliitto. Diabetes ja lääkäri 6/2006.
- Ruusuvuori J. & Tiittula L. 2005. Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Tuomi J. & Sarajärvi A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä. 1.-3. Painos.

Uusitalo H. 2001. Tiede, tutkimus ja tutkielma - johdatus tutkielman maailmaan. WS Bookwell Oy. Juva. 1.-7. Painos.

Vauhkonen I. & Holmström P. 2005. Sisätaudit. WSOY. Helsinki. 1. Painos.

Vilka H. 2005. Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Elektrooniset lähteet

Koponen A. & Ylänen A. 2008. Äitien kokemuksia imetyksen tukemisesta avoterveydenhuollossa - kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Metropolia.

<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/1878/aitienko.pdf?sequence=1> (luettu 24.8.2009)

Partanen M. 2003. Diabeetikoiden hoitotyytyväisyys Suomessa. Dehko raportti 2003;4. Diabetesliitto. Tampere. (pdf dokumentti)

http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=82 (luettu 21.8.2009)

Savolainen S. 2008. Seuranta ei saisi loppua synnytykseen. Diabetes ja lääkäri 4/2008. Diabetesliitto. http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=1590 (luettu 20.7.2009)

Teramo K. 2007. Diabeetikkoäidin synnytys ja imetysaika. Kustannus Oy Duodecim. Artikkelid: dia01602

http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=dia01602 (luettu 15.7.2009)

Valle T. & Tuomilehto J. 2004. Diabeetikoiden hoitotasapaino Suomessa vuosina 2000-2001. Dehko raportti 2004;1. Diabetesliitto. Tampere. (pdf dokumentti)

http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=121 (luettu 18.8.2009)

Wallby T. 2009. Region of birth, income and breastfeeding in a Swedish country. University of Uppsala and Central child healthcare unit. Uppsala Akademiska Hospital. Uppsala. Sweden. (pdf dokumentti)

<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/122588916/PDFSTART> (luettu 15.10.2009)

Winell K. Lasten diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus 2008. Dehko raportti 2009;2, Diabetesliitto. Tampere (pdf dokumentti)

http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=1958 (luettu 19.8.2009)

Winell K. 2005. Diabeteksen hoidon laatu. Dehko raportti 2005;4. Diabetesliitto. Tampere. (pdf dokumentti)

http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=394 (luettu 18.8.2009)

Winell K. 2002. Diabeteksen hoidon laatu ja seurantajärjestelmät. Dehko raportti 2002;2. Diabetesliitto. Tampere. (pdf dokumentti)

http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=31 (luettu 20.8.2009)

Diabeteksen käypä hoito - suositus. 2007. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen sisätautilääkäreiden ja Diabetesliiton lääkarineuvoston asettama työryhmä. 2007;123 (12); 1490-1520

<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50056> (luettu 10.8.2009)

Diabeettinen retinopatia. 2006. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen sisätauti-lääkäreiden ja Diabetesliiton lääkarineuvoston asettama työryhmä. Duodecim. 2006; 122 (11); 1388-1401 <http://www.kaypahoito.fi/xmedia/extra/hoi/hoi50043.pdf> (luettu 28.8.2009)

Raskausdiabetes. 2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkarineuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2008; 124 (13), 1556-1569 <http://www.kaypahoito.fi/xmedia/extra/hoi/hoi50068.pdf> (luettu 23.8.2009)

LIITTEET

Liite 1 - Saatekirje

Hei!

Olemme kaksi viimeisen vuoden terveydenhoitajaopiskelijaa Laurea -ammattikorkeakoulusta Porvoossa. Teemme opinnäytetyötä aiheesta "Diabetes ja imetys". Ajankohtaisen ja käytännön läheisen tiedon saamiseksi haluamme kerätä diabeetikkoäitien kokemuksia imetyksestä ja tarvitsemme tähän teidän apuanne.

Opinnäytetyössä haluamme selvittää, miten diabeetikkoäidit ovat kokeneet imetyksen ja miten imetys on vaikuttanut diabeteksen hoitotasapainoon. Toivomme teidän kertovan avoimesti kokemuksistanne imettävänä ja imettäneinä 1 -tyypin diabeetikkoäiteinä. Opinnäytetyön aineiston hankinta tapahtuu tällä keskustelupalstalla, joten teidän kertomuksenne ovat meille tärkeitä. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös nostaa tätä aihetta esille ja kerätä siitä tietoa.

Aineistoa eli teidän kertomuksianne keräämme 23.8.2009 saakka, vaikka keskustelu todennäköisesti tulee jatkumaan tämän jälkeenkin. Kerätyn aineiston perusteella kirjoitamme raportin, joka valmistuu tämän vuoden loppupuolella ja on luettavissa Theseus- verkkokirjastosta sähköisessä muodossa.

Opinnäytetyömme tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää vertaistukena imettäville 1-tyypin diabeetikkoäideille ja toivon mukaan aiheesta pystytään jatkossa tiedottamaan paremmin ja voidaan näin motivoida diabeetikkoäitejä imettämään.

Omien kokemusten perusteella imetys vaikuttaa diabetekseen ja diabetes imetykseen. Millaisia kokemuksia teillä on? Kertomuksissanne voitte myös kertoa, miten imetys on vaikuttanut insuliinitarpeeseen ja verensokeritasapainoon, miten maitoa on erittynyt ja kuinka kauan imetys on jatkunut jne. Meitä kiinnostaa kaikki aiheeseen liittyvä ja toivomme saavamme paljon vastauksia ja keskusteluun osallistujia. Toivon mukaan tekin saatte toistenne kertomuksista vertaistukea.

Kiitos etukäteen!

T. Welling Miia & Klawer-Kallio Sofie